Niveau(x) d'enseignement: 8 Numéro EDUQ : 8370757
Centre d'intérêt: 847

Fortin, Jean-Louis.

L'impact de la formation universitaire sur les modes de pratique dentaire / par Jean-Louis Fortin. -- Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences de l'éducation, [1983?].
xvii, 387 p. : 28 cm.

Résumé: f. xvi-xvii. Thèse (Ph. D.) -- Université de Montréal, Section d'éducation comparée et des fondements de l'éducation, 1982. Bibliogr.: p. [362]-387. Code: Th 002. En tête du titre: Prix Grégoire 1982.

ISBN 2-920298-13-5

Cote Dewey: / Cote LC: /

Descripteur(s): *Sciences de la santé *Formation professionnelle *Activité professionnelle *Aspiration professionnelle *Opinion des diplômés *Questionnaire *Universitaire (Niveau)

Identificateur(s) de nom: *Crozier, Michel

Identificateur(s) de sujet: *Médecine dentaire *Dentiste *Pratique professionnelle

L'étude analyse les limites de l'impact de la formation professionnelle sur l'organisation de la pratique professionnelle en médecine dentaire. Au modèle postulant une relation de déterminisme simple entre ces deux réalités, l'auteur entend substituer un modèle (inspiré de Crozier) où le fait organisationnel (c'est-à-dire les caractéristiques propres aux individus et les contraintes organisationnelles des structures où ils sont insérés) joue un rôle de filtre entre ces deux réalités dans le processus de professionnalisation. Les neuf premiers chapitres, à partir d'une revue de la documentation, servent à poser les assises du modèle; les trois derniers en entreprennent une vérification empirique.

L'étude s'appuie sur une bibliographie de quelque 300 titres, pour la plupart postérieurs à 1970 et qui concernent surtout la réalité américaine et québécoise de la profession dentaire. Des entrevues systématiques avec une vingtaine de destistes ainsi que deux études de cas auprès de cliniques dentaires ont servi à l'élaboration du questionnaire (reproduit en annexe). Suite à une pré-expérimentation, il a été expédié, en mars 1980, à l'ensemble des praticiens inscrits à l'Ordre des dentistes du Québec. Sur 2306 questionnaires distribués, 1033 ont été complétés pour un taux de réponse de 44,8%.

L'étude met en évidence que le fait professionnel constitue un élément déterminant du processus de professionnalisation en médecine dentaire. Elle démontre qu'une refonte des programmes de formation

professionnelle qui ne tiendrait pas compte de cette dimension risque de n'avoir guère de retombées effectives sur la pratique professionnelle.

Type de document: r
Auteur de l'analyse: ar

E D U Q 8370757

Prix Grégoire 1982

L'impact de la formation universitaire sur les modes de pratique dentaire

Jean-Louis Fortin

Université de Montréal
Faculté des sciences de l'éducation

E D U Q 8370757

Prix Grégoire 1982

L'impact de la formation universitaire sur les modes de pratique dentaire

Jean-Louis Fortin

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

Cette thèse s'est mérité le Prix Grégoire offert par Madame Jeanne Grégoire, docteur honoris causa de l'Université de Montréal, décerné par la Faculté des sciences de l'éducation à la meilleure thèse présentée au cours de l'année 1982.

La publication de cette thèse a été rendue possible grâce à une subvention du Fonds F.C.A.C.

Dépôt légal
3e trimestre 1983
ISBN 2-920298-13-5

Université de Montréal
Faculté des sciences de l'éducation

A Andrée,

Marie-Hélène

et Guillaume

Ainsi qu'à

Jean Torgeau

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma plus vive gratitude au professeur André Girard. S'il retrouve ici des thèmes de recherche sur lesquels il se penche depuis de nombreuses années, ce travail sera un témoignage encore plus authentique de la dette que j'ai à son égard.

J'aimerais aussi remercier le docteur Alain Vaillancourt, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, ainsi que son prédécesseur, le docteur Jean-Paul Lussier, qui m'ont, chacun à leur manière, solidement appuyé dans ma démarche. D'autres remerciements vont au docteur Pierre Desautels, adjoint au doyen à la refonte du curriculum, qui a lu et critiqué ce travail en plus que de m'avoir encouragé de diverses manières.

Je voudrais également remercier les professeurs Léon Dion et Laurent Lepage de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval; ceux-ci m'ont permis de voir les organisations sous un angle nouveau.

Cette recherche n'aurait pas été complète sans l'administration d'un questionnaire dont l'envoi a été assuré par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec; j'exprime ici une grande reconnaissance à son président, le docteur Claude Chicoine.

Je désire remercier monsieur Normand Buckle, professeur au Département de mathématiques de l'Université du Québec à Montréal, pour son aide inestimable dans la construction du questionnaire de recherche. J'ai, de plus, une grande dette de reconnaissance envers lui puisqu'on lui doit l'implantation du programme de traitement de textes informatisé

dont le présent document constitue, à la fois, le champ d'expérimentation et la première réalisation.

Messieurs Michel Lamoureux et Yves Lepage, membres du Service de consultation informatique en recherches universitaires de l'Université de Montréal, ont aidé au traitement des résultats du questionnaire. Ils ont eu beaucoup de patience à mon endroit et je les en remercie.

Je veux exprimer ma plus grande gratitude à madame Monique Raymond-Buckle qui, depuis le début de cette recherche, s'est occupée du traitement du texte de la thèse sur terminal. Sa compétence, son dévouement et son support m'ont permis de rencontrer toutes les échéances et je l'en remercie.

Je désire, enfin, dire merci à toutes ces personnes avec qui j'ai discuté, d'une manière ou d'une autre, des divers aspects de cette recherche. Je rends hommage aux dentistes avec qui cette recherche m'a mis en présence.

Jean-Louis Fortin

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE . . . . . p.xv.

INTRODUCTION

1. Le contexte de recherche. . . . . p. 2
2. Les deux postulats de la recherche . . . . . p. 6
3. Le sujet et les limites de la recherche. . . . . p. 7
4. Les définitions opérationnelles . . . . . p. 8
5. La question de recherche. . . . . p. 12
6. L'hypothèse de recherche. . . . . p. 13
7. Le schéma général . . . . . p. 14
8. La séquence méthodologique . . . . . p. 20
   8.1 Le rationnel . . . . . p. 20
   8.2 Le schéma théorique . . . . . p. 21
   8.3 La vérification empirique. . . . . p. 22
      8.3.1 les études de cas . . . . . p. 22
      8.3.2 le questionnaire . . . . . p. 23
9. Le plan de recherche et la grille d'observation . . . . . p. 24

PREMIERE PARTIE: LA FORMATION PROFESSIONNELLE

CHAPITRE PREMIER: L'ECOLE MEDICALE ET MEDICALE DENTAIRE

1. L'évolution de l'école professionnelle . . . . . p. 37

1.1 La formation médicale et dentaire avant la période scientifique . . . . . p. 37

1.2 Le foisonnement des écoles médicales aux Etats-Unis . . p. 39

1.3 Le modèle flexnérien . . . . . p. 42

1.4 L'évaluation du modèle flexnérien . . . . . p. 46

2. Ses fondements sociologiques . . . . . p. 48

2.1 L'école professionnelle et son environnement . . . . p. 48

2.2 Le rôle des écoles professionnelles . . . . . p. 50

2.3 L'intégration des connaissances. . . . . p. 51

2.4 Les caractéristiques de l'école professionnelle . . . p. 52

3. Orientations des écoles professionnelles . . . . . p. 54

3.1 Quelques prospectives . . . . . p. 54

3.2 Le conservatisme des écoles professionnelles . . . . p. 56

CHAPITRE DEUXIEME: L'ETUDIANT DANS L'ECOLE PROFESSIONNELLE

1. L'évolution des individus dans l'école . . . . . p. 61

1.1 L'apprenti et le maître . . . . . p. 61

1.2 L'élève et le praticien . . . . . p. 63

1.3 L'étudiant et le professeur . . . . . p. 64

1.4 L'acteur et le système. . . . . p. 66

2. Le comportement des acteurs dans l'école . . . . . p. 67

2.1 La position des acteurs face au programme . . . . . p. 67

2.2 La poursuite des buts par l'étudiant . . . . . p. 69

2.3 Le jeu collectif des étudiants . . . . . p. 70

2.4 La culture étudiante . . . . . p. 72

3. Les nouveaux étudiants . . . . . p. 73

3.1 La recherche de l'étudiant idéal . . . . . p. 73

3.2 Les limites de la sélection des candidats . . . . . p. 76

CHAPITRE TROISIÈME: LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

1. L'évolution de l'apprentissage professionnel . . . . . p. 80

1.1 l'enseignement sur le tas. . . . . p. 80

1.2 L'introduction des cours . . . . . p. 81

1.3 Le développement de l'apprentissage . . . . . p. 82

1.4 L'évaluation du processus. . . . . p. 87

2. Les sous-processus de l'apprentissage professionnel. . . . p. 89

2.1 La motivation. . . . . p. 89

2.2 La compétentisation. . . . . p. 90

2.3 La performance clinique . . . . . p. 91

2.4 La socialisation de l'étudiant . . . . . p. 92

3. Quel type d'apprentissage professionnel ? . . . . . p. 94

3.1 Quelques paramètres évolutifs . . . . . p. 94

3.2 Les obstacles au changement . . . . . p. 98

Résumé de la première partie p.100

DEUXIÈME PARTIE: LE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

CHAPITRE QUATRIÈME: LE CABINET DENTAIRE

1. La profession dentaire p.106

1.1 La période pré-professionnelle p.106

1.2 L'émergence de la profession dentaire p.107

1.3 Le développement de la profession dentaire p.109

1.4 La profession dentaire d'aujourd'hui p.110

2. Une analyse du cabinet dentaire p.111

2.1 Le cabinet dentaire et son environnement. p.111

2.2 Le rôle du cabinet dentaire p.113

2.3 L'intégration des objectifs dans un cabinet dentaire. . p.114

2.4 Les caractéristiques du cabinet dentaire. p.117

3. Orientation des cabinets dentaires p.118

3.1 La dentisterie de type "Gesellschaft". p.118

3.2 Les limites des nouveaux types de cabinet p.121

CHAPITRE CINQUIEME: LE PRATICIEN

1. L'évolution des membres de l'équipe dentaire face à celle du consommateur de soins p.125

1.1 La relation dentiste/patient. p.125

1.2 La relation dentiste/client p.127

1.3 La relation dentiste/consommateur p.128

1.4 L'importance des sciences du comportement p.129

2. Le comportement des acteurs dans le cabinet dentaire . . . p.131

2.1 La position des acteurs face aux services à rendre . . p.131

2.2 La motivation des membres de l'équipe. p.134

2.3 Le processus de rencontre entre le malade et le dentiste p.136

2.4 La signification culturelle de la maladie bucco-dentaire p.138

3. Vers un nouveau type de professionnels dentaires. p.140

3.1 Le dentiste médecin et les paradentaires. p.140

3.2 L'échec des scientifiques du comportement p.143

CHAPITRE SIXIEME: LE PROCESSUS DE DISTRIBUTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

1. Des instruments dentaires du Musée de Pompéi au rayon laser . p.149
   1.1 Une pratique d'amateur. p.149
   1.2 Une pratique globale p.150
   1.3 Une pratique morcelée p.151
   1.4 Un manque de synthèse p.152
2. Le recrutement, le maintien et le développement de la clientèle dentaire. p.155
   2.1 Le code de déontologie. p.155
   2.2 La promotion professionnelle. p.156
   2.3 Le contrôle de la qualité des services p.157
   2.4 Le contrat social des dentistes. p.159
3. L'administration de la santé dentaire p.162
   3.1 La pratique dentaire et le bien-être national p.162
   3.2 L'absence de planification p.163
   Résumé de la deuxième partie. p.166

TROISIEME PARTIE: L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION ET LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

CHAPITRE SEPTIEME: CURRICULUM DENTAIRE ET SERVICES MEDICAUX

1. La remise en question des modèles. p.171
   1.1 Une réponse à un besoin ponctuel p.171
   1.2 Une réponse à un besoin d'équipement p.172
   1.3 La rupture de l'équilibre. p.173
   1.4 La recherche d'une légitimité nouvelle p.175

2. Une longue tradition de concordance p.176

2.1 Une adaptation divergente. p.176

2.2 Une poursuite élitiste des buts. p.177

2.3 Une dysfonction précise p.178

2.4 Une constance dans les modèles p.180

3. La refonte des curriculums et la recherche de nouveaux modes de pratique p.181

3.1 Par où commencer ? Par la refonte des curriculums ?. . p.181

3.2 La recherche de nouveaux modes de pratique p.183

CHAPITRE HUITIEME: MILIEU UNIVERSITAIRE ET MILIEU DE PRATIQUE

1. Sur le continuum évolutif de la théorie des organisations. . p.188

1.1 Sur le continuum du seul meilleur choix possible . . . p.188

1.2 Sur le continuum des relations humaines p.190

1.3 Sur un continuum de complexité p.191

1.4 La difficulté d'opérationnaliser les refontes de programmes p.196

2. La nature des jeux des étudiants et des praticiens p.197

2.1 Un jeu économique fort. p.197

2.2 Un jeu politique traditionnel p.198

2.3 Un jeu social défensif. p.200

2.4 Un jeu culturel stable. p.207

3. Les zones d'intervention. p.209

3.1 Vers une nouvelle structure d'échanges p.209

3.2 Vers une redéfinition des professions. p.210

CHAPITRE NEUVIEME: LA PROFESSIONNALISATION

1. La professionnalisation p.215

1.1 La naissance d'un processus spécifique p.215

1.2 Les conditions du processus p.216

1.3 La professionnalisation de la médecine dentaire . . . p.218

1.4 Une évaluation du processus en médecine dentaire . . . p.219

2. Les fondements sociologiques de la professionnalisation . . p.221

2.1 La maîtrise d'un savoir-faire ayant un fondement théorique généralement de type universitaire p.221

2.2 Une tendance à la spécialisation du savoir-faire . . . p.224

2.3 L'exclusivité du champ d'exercice et l'autogestion . . p.226

2.4 Le professionnalisme en tant qu'idéal de service . . . p.229

3. Une évaluation du processus chez les dentistes québécois . . p.231

3.1 Les dentistes québécois et les dentistes nord-américains anglo-saxons. p.231

3.2 Les limites de l'évaluation p.233

Résumé de la troisième partie p.235

QUATRIEME PARTIE: LA VERIFICATION DU SCHEMA CONCEPTUEL DANS UN MILIEU CONCRET

CHAPITRE DIXIEME: L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

1. L'administration du questionnaire de recherche p.240

1.1 Les objectifs de l'enquête p.240

1.2 Le choix des variables à mesurer p.241

1.3 La construction du questionnaire p.246

2. La validation des données recueillies p.248

2.1 La représentativité des répondants. p.248

2.2 L'administration des données. p.250

3. La construction des variables de recherche. p.252

3.1 Les types de curriculum p.252

3.2 Les modes de pratique p.253

3.3 Les indices du processus de professionnalisation . . . p.254

4. La validation des trois variables de recherche et l'analyse statistique. p.258

4.1 La validation des variables p.258

4.2 L'analyse statistique p.258

CHAPITRE ONZIEME: LES RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Les attitudes et les attentes spécifiques des dentistes québécois p.261

1.1 Attitudes vis-à-vis de la formation professionnelle . . p.262

1.2 Attitudes vis-à-vis de la pratique dentaire. p.272

1.3 Attitudes vis-à-vis de la profession en général . . . p.275

2. Une analyse comparée p.281

2.1 Selon les types de curriculum p.281

2.2 Selon les modes de pratique p.286

3. Types de formation et modes de pratique. p.290

CHAPITRE DOUZIEME: CONCLUSIONS ET PROSPECTIVES

1. Les dentistes québécois et certains indices de professionnalisation p.304

1.1 Les atouts des dentistes québécois. p.304

1.1.1 En termes de caractéristiques individuelles . . . p.304

1.1.2 En termes de valeurs communes p.306

1.2 Les attitudes des dentistes québécois. p.307
1.2.1 Leurs attitudes face à leur problème. p.308
1.2.2 Leurs attitudes face aux sciences de base . . . p.309
1.2.3 Leurs attitudes face à l'université p.309
1.2.4 Leurs attitudes face à l'éducation permanente. . p.310
1.2.5 Leurs attitudes face à l'idéal de service . . . p.310
1.3 Les conduites stratégiques des dentistes québécois . . p.311
1.3.1 Le contrôle par les pairs p.311
1.3.2 La spécialisation p.312
1.4 Les contraintes organisationnelles des dentistes . . . p.313
2. La professionnalisation des dentistes québécois p.314
2.1 Le degré de professionnalisation des dentistes québécois. p.314
2.2 le fait organisationnel p.316
3. Le pouvoir dans le processus de professionnalisation . . . p.320
4. Avenues de recherches. p.324

ANNEXE: LE QUESTIONNAIRE. p.325

BIBLIOGRAPHIE. p.761

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Le tableau relationnel . . . . . p. 19

Tableau 2: La grille d'observation de Girard. . . . . p. 25

Tableau 3: La grille d'analyse . . . . . p. 28

Tableau 4: Les quatre étapes du processus d'apprentissage . . p. 84

Tableau 5: Un modèle d'apprentissage professionnel. . . . . p. 85

Tableau 6: Matrice d'apprentissage de Rockart et de Scott Morton p. 86

Tableau 7: Schéma de diverses approches de l'organisation . . p.193

Tableau 8: Aspect formel de la clinique Métropole p.202

Tableau 9: Le système d'action de la clinique Métropole . . . p.204

Tableau 10: Le système d'action de la clinique Bretonne . . . p.206

Tableau 11: Le tableau situationnel p.245

Tableau 12: La représentativité au questionnaire de recherche . p.250

Tableau 13: Répartition des répondants selon les types de curriculum p.253

Tableau 14: Répartition des répondants selon les modes de pratique p.254

Tableau 15: Les indices de mesure du processus de professionnalisation selon l'analyse stratégique. . p.257

CHAPITRE ONZIEME: LES RESULTATS DE L'ENQUETE

Tableau I: La médecine dentaire était-elle votre premier choix ?. p.262

Tableau II: les facteurs déterminant le choix de la dentisterie comme profession p.263

Tableau III: L'utilité des sciences de base dans l'exercice de la profession p.265

Tableau IV: Disciplines de base auxquelles les écoles devraient consacrer plus de temps p.266

Tableau V: Disciplines de base auxquelles les écoles devraient consacrer moins de temps p.266

Tableau VI: Degré de préparation lors du passage de l'apprentissage des sciences de base à celui des sciences cliniques p.267

Tableau VII: Le lieu d'enseignement des sciences de base . . p.268

Tableau VIII: Satisfaction des répondants face à l'enseignement des sciences cliniques p.269

Tableau IX: Disciplines cliniques auxquelles les écoles devraient consacrer plus de temps p.270

Tableau X: Disciplines cliniques auxquelles les écoles devraient consacrer moins de temps p.270

Tableau XI: Lieu d'enseignement des sciences cliniques . . p.271

Tableau XII: Le type d'exercice des répondants p.272

Tableau XIII: Proportion des répondants qui ont changé leur mode de pratique p.273

Tableau XIV: Les groupes d'individus qui ont influencé le plus les répondants dans le choix de leur mode de pratique p.273

Tableau XV: L'époque du choix, par les répondants, de leur mode de pratique p.275

Tableau XVI: Le recommencement des études p.276

Tableau XVII: L'attitude des répondants face à l'avenir

de la profession p.276

Tableau XVIII: La perception qu'ont les répondants de leur rôle, exception faite à lui de pourvoyeurs de soins. p.277

Tableau XIX: Qualificatif que se reconnaissent les répondants p.278

Tableau XX: L'instauration de cours obligatoires après la graduation p.279

Tableau XXI: Le départage de la responsabilité d'éduquer le public sur les méfaits de la maladie bucco-dentaire. p.280

Tableau XXII: L'action des répondants après l'obtention de leur diplôme de dentiste, selon les types de curriculum p.282

Tableau XXIII: La médecine dentaire comme premier choix selon les types de curriculum. p.283

Tableau XXIV: Le recommencement des études selon les types de curriculum p.284

Tableau XXV: L'attitude des répondants devant la perspective d'instauration de cours obligatoires en formation permanente selon les types de curriculum . . . p.285

Tableau XXVI: L'importance de se rendre utile dans la pratique de la médecine dentaire selon les types de curriculum p.286

Tableau XXVII: Provenance de la clientèle des répondants selon les modes de pratique p.287

Tableau XXVIII: La répartition du temps en pratique selon les modes II et III p.288

Tableau XXIX: La fréquence des consultations effectuées auprès des confrères de pratique selon les modes II et III p.289

Tableau XXX: L'influence exercée par les confrères de pratique telle que perçue par les répondants selon les modes II et III p.289

Tableau XXXI: La proportion de clients adressés aux autres dentistes selon les modes de pratique p.290

Tableau XXXII: La reconnaissance des études selon les trois types de curriculum et selon les trois modes de pratique. p.293

Tableau XXXIII: L'instauration de cours obligatoires en éducation permanente selon les types de curriculum et les modes de pratique. p.294

Tableau XXXIV: Proportion de la clientèle orientée vers d'autres dentistes selon les types de curriculum et les modes de pratique. p.295

Tableau XXXV: La responsabilité d'éduquer le public selon les types de curriculum et les modes de pratique. p.297

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Les fonctions traditionnelles de l'université se sont accrues sous l'effet de la généralisation de l'enseignement au secondaire et sous celui de la croissance des connaissances. Cela a eu des conséquences sur la formation professionnelle, en général, et sur la formation dentaire, en particulier. La généralisation a amené à l'université des étudiants aux valeurs et aux besoins nouveaux. L'expansion des connaissances a stimulé la tendance à la spécialisation, a rapproché de façon marquée le seuil de la désuétude scientifique et a accentué le clivage disciplinaire. Généralisation de l'enseignement et croissance des connaissances ont de plus contribué à modifier la pratique professionnelle.

L'objet de cette recherche est de cerner les limites du rôle de l'université sur le fonctionnement des organisations que se donnent les professionnels qu'elle forme. Pour ce faire, l'auteur met en parallèle trois variables: la formation professionnelle, le fait organisationnel et la professionnalisation. A l'aide d'une grille d'abord théorique, puis ensuite d'observation, il cherche à évaluer le poids relatif des deux premières variables dans le processus de professionnalisation. La démarche de recherche consiste donc en une partie analytique où l'auteur relève la portée de la formation professionnelle sur la pratique professionnelle en les confrontant, l'une et l'autre, au processus de professionnalisation. Il tente ensuite, en une partie empirique, de vérifier auprès des dentistes du Québec la pertinence de son hypothèse de recherche, à savoir que le fait organisationnel est une variable qui a peu de liens avec la formation acquise à l'école professionnelle.

L'auteur met l'accent, tant dans la partie analytique que dans la partie empirique de la recherche, sur les aspects historique et sociologique des variables observées. Ainsi, il emprunte l'approche structuro-fonctionnaliste pour classifier les phénomènes étudiés, alors qu'il utilise le mode de raisonnement de l'analyse stratégique pour les interpréter. Il se sert d'études de cas pour établir un questionnaire adressé aux dentistes du Québec en vue de vérifier son modèle théorique.

Cette recherche permet de voir, par les caractéristiques de la formation professionnelle et de la pratique professionnelle, que le "fait organisationnel" constitue un élément déterminant du processus de professionnalisation. Elle démontre que la refonte des programmes de formation professionnelle demeure un exercice partiel si on ne se préoccupe pas suffisamment d'y inclure l'ensemble des autres variables qui déterminent l'exercice d'une profession.

INTRODUCTION

1. Contexte de la recherche

Les fonctions traditionnelles de l'université, fonctions principalement d'enseignement et de recherche en Europe, fonctions d'enseignement, de recherche et également de service à la société aux Etats-Unis, ont éclaté sous l'effet de deux pressions parallèles, celle de la généralisation de l'enseignement et celle de l'explosion des connaissances. L'université remplit donc plusieurs fonctions diversifiées qui cohabitent avec plus ou moins de zones conflictuelles. Clark Kerr, dans The Modern University (Henze, 1969, pp.8-10), en dénombre dix. Culture générale, formation professionnelle, recherche, éducation permanente, service à la communauté environnante, réservoir d'élites, service aux étudiants, milieu critique, centre de créativité culturelle, noeud de régulation du système sociétal, deviennent autant de fonctions de l'université identifiées à la fin des années 1960.

C'est donc évidemment aux Etats-Unis que ce phénomène s'observe le mieux. La généralisation de l'enseignement rend l'université plus accessible aux femmes, aux noirs, aux citoyens de tous les milieux socio-économiques. Les institutions réussissent difficilement à accueillir deux fois, trois fois plus d'étudiants, les structures sont ébranlées, le marché du travail s'en trouve perturbé. L'université-communauté scientifique cède la place à la multiversité urbaine; il arrive même qu'en temps de récession trop d'étudiants se voient con-

traints, faute de débouchés, à faire du sur-place, à se surscolariser. Les coûts de l'enseignement supérieur galopent.

Et c'est aussi l'éclatement des connaissances dans tous les domaines du savoir humain. De nouvelles professions naissent. On voit les disciplines scientifiques appeler d'autres disciplines: la médecine devient sociale, le génie devient biomédical. Les grandes professions libérales, les "freien Berufen", ne sont pas épargnées. Le Droit voit arriver du droit nouveau, le curriculum légal souffre de son autarcie. La médecine doit s'ajuster aux impératifs de la division du travail; son monde est envahi par de nouvelles connaissances qui, toutes, veulent la féconder. Les programmes grossissent à vue d'oeil.

Cette généralisation de l'enseignement et cette explosion des connaissances ont eu des conséquences majeures sur la formation professionnelle. La généralisation a amené à l'université des étudiants différents avec des valeurs et des besoins nouveaux. L'explosion des connaissances a stimulé la tendance à la spécialisation, a rapproché de façon marquée le seuil de la désuétude scientifique et a accentué le clivage disciplinaire. Ces deux facteurs ont de plus contribué à modifier l'organisation du travail des professionnels. On a assisté à un déplacement de la pratique "pignon-sur-rue" vers la pratique salariée, vers la pratique de groupe, ainsi qu'à l'arrivée de tiers payants dans la relation professionnel/client. Autant de changements ont substantiellement modifié les règles du jeu dans les modes de distribution des services professionnels. Cela, ajouté à une technologie génératrice de besoins nouveaux pour une clientèle déjà profondément transformée, a amené les élites à constater la nécessité de proposer des changements au

niveau des programmes de formation professionnelle et de ses trois composantes traditionnelles qu'il est utile de rappeler ici.

Les trois composantes de la formation professionnelle sont généralement définies (Schein, 1972, p.43) comme un ensemble de sciences de base sur lesquelles reposent la pratique et son développement, ensuite comme un ensemble de sciences cliniques qui développent l'habilité du futur praticien à résoudre des problèmes concrets et, enfin, comme un ensemble d'attitudes qui permettent au praticien d'utiliser les sciences de base et les sciences cliniques dans une perspective de service à la clientèle et à la communauté. L'explosion des connaissances a touché plus particulièrement les deux premières composantes (sciences de base - sciences cliniques) de la formation professionnelle, alors que la diversification dans le recrutement des professionnels amenée par la généralisation de l'enseignement d'une part, et par la multiplication des services sociaux d'autre part, a surtout influé sur la troisième (attitudes). Enfin, les divers paramètres d'évolution du système universitaire ont contribué à désarticuler l'agencement des trois composantes à la fois, en tant qu'ensemble.

Pour s'ajuster à ce phénomène perturbateur, des chercheurs ont proposé des refontes plus ou moins importantes des curriculums professionnels. Schein a proposé à la Commission Carnegie une stratégie de refonte des programmes professionnels traditionnels (Schein, 1972); Hughes a mis en évidence les besoins d'ajustement des programmes en médecine, en droit, en théologie, en bien-être social (Hughes, 1973). Erlich a proposé de nouvelles avenues pour la formation légale (Erlich et Packer, 1972). Enfin, la Commission Carnegie a invité fermement les

écoles médicales et les écoles dentaires à repenser en profondeur leurs curriculums respectifs (Carnegie Commission on Higher Education, 1970).

Dans son rapport intitulé "Higher Education and the Nation's Health", et publié en 1970, la Commission Carnegie a souligné le manque d'unité entre les sciences de base et les sciences cliniques, démontré l'urgente nécessité pour toutes les écoles médicales et dentaires de faire appel aux sciences sociales, et proposé de réduire de près de vingt-cinq pour cent le temps de formation professionnelle en médecine comme en dentisterie. Cette dernière proposition revêtait aux yeux des commissaires un caractère d'importance telle que ceux-ci recommandaient que soient accordées des primes aux écoles médicales et dentaires qui allaient s'engager dans une telle voie.

De nombreuses écoles médicales et dentaires se sont engagées dans un processus de révision de leur curriculum allant même, dans certains cas, jusqu'à remettre en question le modèle flexnérien qui, selon Hughes (Hughes, 1973, pp.17-23), demeure le modèle prévalant de formation médicale depuis 1910. Plus de vingt écoles dentaires américaines s'engagèrent dans un curriculum de trois ans. En 1980 toutefois, dix-sept ont abandonné le projet et les trois dernières s'apprêtent à revenir au curriculum traditionnel de quatre ans. Le problème reste, la réponse échappe.

Si beaucoup de chercheurs ont démontré l'urgence pour les écoles professionnelles de revoir leur programme, peu d'entre eux ont cherché à savoir pourquoi les réformes souhaitées ne se sont pas faites ou ont tout simplement échoué. En postulant que des changements au niveau du régime de formation apporteraient des changements au niveau du contexte

d'application des connaissances, on postulait peut-être un déterminisme simple entre ces deux ordres de préoccupation.

2. Les deux postulats de la recherche

Cette recherche part de deux postulats: d'abord de celui qu'il n'y a pas de déterminisme simple entre la façon dont un professionnel est formé et la façon dont il va appliquer les connaissances acquises en situation de travail; puis, conséquemment, d'un deuxième constituant le postulat fondamental de l'analyse stratégique qui démontre que l'individu en situation de travail n'est jamais totalement déterminé dans son comportement.

Un premier réflexe des élites professionnelles, lorsqu'elles furent placées devant l'évidence que des changements majeurs s'étaient effectués depuis le début des années 60, fut de proposer soit une revision du programme de formation, soit un ajustement de celui-ci pour satisfaire les besoins nouveaux de la clientèle et de la société. On a fait l'équation simple qu'un changement donné au niveau de la formation professionnelle apporterait le changement désiré au niveau de la pratique professionnelle; on postulait là un déterminisme simple. Notre premier postulat, s'appuyant sur les travaux de Crozier, constitue donc une négation de ce déterminisme. Tout indiquerait plutôt que les efforts des écoles ou facultés pour ajuster leurs programmes pourraient rester vains tant que l'ensemble des variables qui jouent sur la demande de services n'aura pas été modifié.

Le deuxième postulat découle des résultats de nombreux travaux effectués sur divers types d'organisation. Ces travaux (Crozier, 1963 et 1965; Kuty, 1973; Crozier et Friedberg, 1977) démontrent qu'un individu, en situation de travail et dans un milieu organisé, demeure un acteur libre poursuivant une stratégie rationnelle, essentiellement déterminée par les opportunités qui se présentent à lui. Sa culture, ses caractéristiques, sa formation constituent des atouts dont il se sert en vue d'atteindre des objectifs personnels qui ne sont pas toujours prévus par l'organisation. Ainsi, selon ces constatations, le comportement d'un professionnel dans une organisation telle que celle d'un hôpital ou celle d'un cabinet, n'est pas déterminé entièrement par le type de formation qu'il a reçu à l'université, ni même par les attitudes qu'il y a développées.

1. Le sujet et les limites de la recherche

D'une part, au cours des récentes années, des changements d'importance se sont opérés au niveau de l'université et, par conséquent, dans les programmes de formation professionnelle. D'autre part, des changements de conséquence ont eu lieu dans la société en général et dans les organisations en particulier. L'objectif de cette recherche constitue une analyse d'adéquation entre la formation professionnelle dans l'université et la pratique professionnelle dans les organisations, compte tenu de nos deux postulats de départ.

Pour ce faire, on ne peut faire abstraction d'un processus précis qui transcende à la fois la formation professionnelle et la pratique

professionnelle; ce processus est celui de la professionnalisation. En braquant notre analyse sur ce processus, nous croyons être mieux en mesure d'évaluer l'adéquation en question. C'est ainsi qu'en mesurant le poids relatif de la formation et celui de la pratique dans le processus de professionnalisation, on pourra, du même coup, voir l'influence de l'une sur l'autre. Le champ d'analyse sera la formation dentaire et les modes de pratique des dentistes. Et il importe de noter, dès le départ, qu'étant donné l'ampleur déjà très vaste de cette recherche, il nous a fallu laisser à d'autres le soin d'analyser le problème posé à partir de certaines grilles. C'est le cas, en particulier, de tout ce qu'aurait pu apporter de valable une étude de la professionnalisation sous l'angle économique.

4. Les définitions opérationnelles

Formation universitaire : série d'activités d'apprentissage poursuivies au post-secondaire dans un établissement d'enseignement supérieur et s'échelonnant sur une période pendant laquelle l'étudiant acquiert un certain nombre de connaissances et développe, à ce niveau de connaissance, une méthode de travail particulière basée sur l'analyse, la critique et la synthèse des notions acquises.

Formation professionnelle : série d'activités d'apprentissage s'échelonnant sur une période pendant laquelle l'étudiant acquiert des connaissances théoriques et pratiques requises pour l'application de ses connaissances universitaires et pendant laquelle il développe des attitudes qui font de lui un pra-

ticien qui peut assumer des responsabilités personnelles étendues.

Formation dentaire : série d'activités d'apprentissage s'échelonnant sur une période pendant laquelle un étudiant universitaire acquiert des connaissances théoriques et pratiques, puis développe les attitudes qui vont : i permettre d'exercer la profession de chirurgien ou de médecin dentiste.

Profession : Nous donnons à ce terme le sens que l'on attribue généralement aux expressions "professions libérales" ou "professions établies", c'est-à-dire celui d'une occupation qui a développé un ensemble de caractéristiques qui la distinguent d'un métier. Ces caractéristiques sont, entre autres, le monopole d'exercice de certaines fonctions, une formation et une carrière longue, le contrôle des praticiens par leurs pairs, l'application d'un code d'éthique, la maîtrise de connaissances spécifiques appliquées selon des normes universelles et dans l'intérêt général, la franchise dans les relations, l'obligation au secret et, enfin, le contrôle strict dans l'utilisation de la publicité pour le recrutement de la clientèle.

Professionnalisation : Processus selon lequel des activités d'application de connaissances tendent à être organisées sur le modèle des professions établies. Il est à noter que certaines activités sont déjà organisées sur ce modèle et que tout cela s'inscrit dans un continuum évolutif.

Curriculum : séquence de cours requis pour la maîtrise d'un champ de connaissances spécifiques et organisés en vue d'objectifs précis.

Curriculum dentaire : séquence de cours requis pour une maîtrise des connaissances dentaires et organisés en vue de former des individus aptes à exercer de façon autonome la profession de dentiste.

École: établissement du degré universitaire où se donne la formation professionnelle. Dans cette recherche, le terme "école" est le synonyme de faculté universitaire là où, évidemment, ce terme a été appliqué institutionnellement.

Fait organisationnel: cette expression fait appel à deux séries de facteurs qu'il faut tenir en ligne de compte pour analyser le comportement d'un individu en situation de travail. La première a trait aux caractéristiques propres de l'individu (ses capacités physiques et intellectuelles, sa formation, son origine sociale, etc.) et la deuxième aux contraintes organisationnelles (les structures) où il se trouve inséré. Au delà des caractéristiques des individus et des structures, le fait organisationnel s'exprime concrètement dans un contexte et dans un environnement précis.

Pratique professionnelle : organisation des activités reliées à l'exercice d'une profession.

Pratique dentaire : organisation des activités soignantes du dentiste.

Pratique individuelle : forme d'organisation de travail d'un professionnel qui exerce sa profession, sans relation formelle avec ses confrères et qui se bâtit une clientèle sur la base d'un libre choix de celle-ci.

Pratique fédérative : forme variable d'organisation de travail de deux professionnels et plus qui partagent ensemble une partie ou la totalité des charges de leur pratique mais qui se réservent individuellement la clientèle et les honoraires. La pratique fédérative est donc le résultat d'une juxtaposition de deux ou de plusieurs pratiques individuelles.

Pratique de groupe : forme d'organisation de travail de trois professionnels ou plus qui, en plus de partager selon des modes variables les charges de leur pratique, se partagent aussi la clientèle, les honoraires ou la responsabilité des services à la clientèle.

Client : personne qui fait appel librement, occasionnellement ou non, à un professionnel, et par conséquent dans cette recherche, à un médecin ou à un dentiste ou à une institution médicale ou médicale dentaire, dans le but de demander conseil ou de subir une intervention.

Clientèle professionnelle : ensemble des personnes qui, faisant confiance à un professionnel, s'adressent normalement à lui pour faire l'objet de ses soins ou pour requérir des services spécifiques.

Patient : personne qui subit ou va subir une opération chirurgicale, ou qui fait l'objet d'un examen ou d'un traitement.

5. La question de recherche

En considérant qu'il n'y a pas de déterminisme simple entre la formation professionnelle et la pratique professionnelle, en considérant aussi que la pratique professionnelle s'organise de façon contingente, on ne peut évaluer l'impact de la première sur la deuxième sans se référer au processus globalisant de la professionnalisation. Même, par analogie, il est possible de parler de ce processus comme la "variable dépendante" de cette recherche. Toutefois, celle-ci constitue une démarche essentiellement analytique dont certains aspects sont ultérieurement vérifiés par un questionnaire et par des études de cas.

Pour déterminer l'impact de la formation professionnelle sur les modes de pratique dentaire, nous posons la question suivante: quel est le poids relatif de la formation professionnelle et de la pratique professionnelle dans le processus de professionnalisation ?

Nous savons d'une part que le curriculum dentaire traditionnel, bien que fort complexe, est uniformisé dans la très grande majorité des écoles nord-américaines. Nous savons d'autre part que les organisations dentaires ne sont pas aussi complexes que celles d'autres professions: le cabinet dentaire est une organisation relativement simple. Ainsi donc, pour opérationnaliser la question de recherche, nous allons préciser un schéma théorique, à partir de conclusions de travaux antérieurs pertinents, puis élaborer une grille d'observation et, enfin, procéder à

une vérification empirique.

6. L'hypothèse de recherche

Il semble bien évident que les efforts des écoles dentaires au cours des vingt dernières années ne se sont pas portés d'abord sur l'élaboration de liens avec le milieu concret de la pratique dentaire; ils se sont portés davantage sur l'adaptation de leur curriculum au développement croissant des connaissances scientifiques, fondamentales et cliniques.

Le but principal des écoles a été de fournir aux futurs dentistes les meilleurs atouts pour que ceux-ci puissent en retour donner de meilleurs soins, puis grâce à leur nombre croissant, à de plus en plus de membres de la société. Effectivement, les dentistes sont devenus plus compétents, mais ont-ils réussi à s'acquitter de leur contrat social grâce aux atouts acquis à l'université ? Basil Sherlock affirme que l'excellence clinique ne suffit pas et il ajoute:

> "It is a sad paradox that the dental profession today is so proficient at repairing the ravages of dental diseases but ineffective in educating for prevention."
>
> (Sherlock, 1972, p.110)

S'adressant aux membres de l'Association des écoles dentaires américaines, David E. Rogers, souligne l'incapacité des dentistes à fournir des services à une trop large partie de la population, la mauvaise répartition géographique malgré leur augmentation, leur insuccès de n'avoir pu rejoindre certains groupes de la population, tels les handi-

capés et les personnes âgées, et leur inhabileté à imposer au public les techniques préventives qu'ils connaissent (Rogers, 1979, pp.490-493). Et Rogers d'en jeter tout le blâme sur les écoles dentaires. Si nous acceptons les diagnostics de Sherlock et de Rogers, nous rejetons cependant le déterminisme simple sous-entendu dans le blâme de ce dernier, ainsi qu'il a été indiqué lors de la présentation de nos postulats. Ainsi, nous formulons l'hypothèse que dans le processus de professionnalisation, le fait organisationnel est plus déterminant qu'on ne le relève généralement. Et si tel était le cas, cela voudrait dire que le fait organisationnel constituerait une limite à la formation professionnelle dans le processus de professionnalisation, ce qui rendrait par exemple inefficace une opération de refonte d'un programme de formation professionnelle qui ne tiendrait pas d'abord compte du fait organisationnel. Notre hypothèse rejoint ainsi celle que faisait le Conseil des universités pour le Droit lorsqu'il écrivait:

> "Plus que les besoins de la société ou que l'état des connaissances, ce sont les intérêts et les caractéristiques d'organisation de la profession qui joueraient le premier rôle quant à l'évolution, ou la non-évolution, de tout le régime de formation en droit."
>
> (Conseil des universités, 1979, p.7)

7. Le schéma général

Nous croyons être en mesure d'analyser l'influence de la formation professionnelle sur la pratique professionnelle en étudiant les relations qu'elles ont avec le processus de professionnalisation. Postulant le non déterminisme simple entre formation et pratique d'une part et, le

développement contingent des organisations d'autre part, nous voulons trouver réponse à cette interrogation de base, constituant la question de recherche, qui est de savoir quel est le poids relatif de ces deux variables dans le processus de professionnalisation. Il nous faut donc, pour répondre à cette question et pour vérifier notre hypothèse de recherche, préciser au départ un schéma général, c'est-à-dire la construction d'un modèle de compréhension des liens existant entre 1- la formation professionnelle, 2- le fait organisationnel et, 3- le processus de professionnalisation.

La formation professionnelle:

Nous avons d'abord ces trois composantes de la formation professionnelle que sont les sciences de base, les sciences cliniques et les attitudes. Ce modèle, bien sûr, n'exclut pas l'apport des sciences connexes puisque celles-ci compénètrent chacune des parties de l'ensemble. Ainsi donc le choix effectué ici - composante de base, composante clinique, composante attitudinale - s'appuie sur les travaux de la Commission Carnegie et ceux plus particulièrement de Schein. Cette division suppose que la formation professionnelle est constituée en un premier temps d'un ensemble de connaissances fondamentales qui font comprendre à l'étudiant les assises du programme, à partir desquelles les techniques se développent. Cette première composante de la formation professionnelle précède dans le temps la deuxième, qui demeure la composante clinique permettant à l'étudiant de développer un savoir-faire précis. La troisième composante transcende les deux premières, en ce sens qu'elle développe des attitudes tout au long du programme de formation professionnelle, attitudes par exemple d'ordre éthique, hygiè-

nique, etc.

Le fait organisationnel

L'application des connaissances acquises, c'est-à-dire la pratique professionnelle, se fait généralement dans un milieu organisé. Ainsi, l'avocat aura-t-il à pratiquer sa profession dans un cabinet légal, ou encore à l'intérieur d'une grande firme. Et le médecin appliquera ses connaissances et ses habiletés tantôt dans une polyclinique, tantôt dans un centre hospitalier ou dans d'autres types d'organisation. La pratique professionnelle se fait habituellement dans une organisation. Ce que nous considérons comme le "fait organisationnel" n'est donc pas le synonyme de pratique professionnelle; c'est tout simplement la considération d'un phénomène - l'organisation - que nous appliquons à la pratique professionnelle et, en particulier, lorsque celle-ci s'effectue dans un milieu organisé tel un cabinet, une firme, un centre hospitalier ou tout autre type d'organisation de cette nature. Nous trouvons plus pertinent d'emprunter la théorie des organisations telle qu'elle présentée par l'analyse stratégique. Ainsi, sans nier la pertinence d'autres modèles d'analyse, nous considérons le fait organisationnel avec ses deux principales composantes, la première étant de voir les caractéristiques individuelles de ceux qui évoluent dans une organisation donnée, en termes d'atouts; la deuxième étant de voir comment les contraintes formelles de l'organisation limitent et conditionnent l'utilisation de ces atouts par les individus qui la composent.

Le processus de professionnalisation:

Lorsqu'on examine les liens entre la formation professionnelle et le fait organisationnel, on voit aisément qu'il existe des relations très précises entre les composantes fondamentale, clinique et attitudinale d'une part, et les caractéristiques des individus (que nous appelons les "atouts des acteurs") dans une organisation telle qu'un cabinet professionnel. En effet, le rôle de l'école professionnelle est de donner au futur praticien une formation qui lui permette de faire face à - et de régler - des problèmes concrets d'une façon précise. Ces problèmes concrets sont des cas à peu près analogues à ceux qu'il aura rencontrés au cours de sa période de formation clinique et qu'il peut maîtriser à partir de sa formation de base; la façon de les aborder relève d'une vision précise du travail qui est celui de la pratique d'une profession.

Il existe aussi des liens entre les trois composantes de la formation professionnelle et les modes d'organisation. Ces liens sont plus visibles dans les programmes de formation où l'on tente de recréer à l'intérieur de l'université (ou de l'hôpital universitaire) les modes d'organisation selon lesquels le futur praticien appliquera ses connaissances.

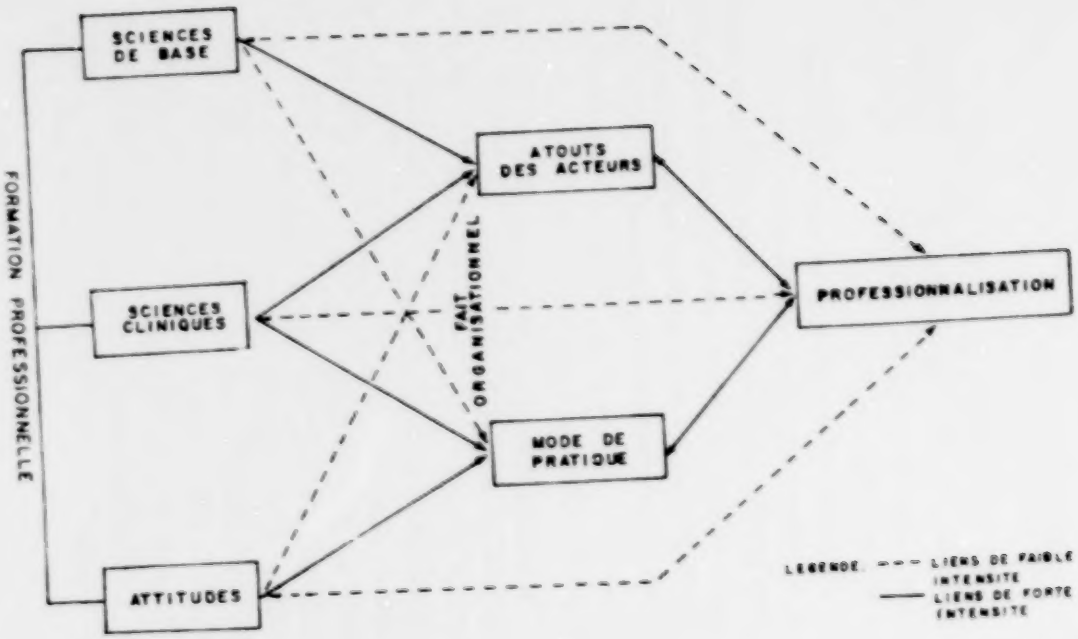
C'est en examinant ces deux groupes de variables - formation professionnelle et fait organisationnel - que ressort un troisième phénomène, celui de la professionnalisation. Ce processus signifie la recherche par un groupe occupationnel donné d'un statut précis: celui de profession établie. Ce processus implique l'établissement et le

développement de modes de formation puis, la construction d'un modèle spécifique d'organisation du travail. Le processus de professionnalisation a donc un impact sur la formation professionnelle et sur le fait organisationnel.

Le tableau relationnel

La recherche suppose un certain nombre de concepts qui, selon notre hypothèse, sont reliés dans un ensemble dynamique et qui constitue notre modèle de référence. Le tableau suivant, un tableau relationnel, explicite, toujours selon notre hypothèse, les relations existant entre les trois groupes de variables: la formation professionnelle, le fait organisationnel et la professionnalisation. Selon cette présentation, la professionnalisation serait liée aux composantes de la formation professionnelle, mais avec un lien moins intense que celui qui la lie aux caractéristiques des individus et au type d'organisation des professionnels.

Tableau 1: Le tableau relationnel



8. La séquence méthodologique

La réalité à découvrir est donc celle des liens entre la formation professionnelle, le fait organisationnel et la professionnalisation. C'est pourquoi cette recherche procède selon trois séquences ordonnées de la façon suivante:

1- le rationnel tiré de la documentation existant sur le sujet;

2- le schème de référence qui en est issu;

3- la vérification empirique de l'hypothèse de recherche à partir des études de cas d'une part, et de l'exploitation des données d'un questionnaire distribué à tous les membres d'une corporation professionnelle au Québec, d'autre part.

8.1 le rationnel

La revue des écrits touche les trois axes de la recherche, c'est-à-dire l'axe de la formation professionnelle, l'axe de la pratique professionnelle et enfin l'axe de la relation entre les deux premiers. Les principaux auteurs au niveau du premier axe sont les chercheurs de la Fondation Carnegie et de la Commission Carnegie sur l'enseignement supérieur. Ce sont principalement Clark Kerr, Edgar Schein, Abraham Flexner, William J. Gies, qui traitent respectivement de formation universitaire, de formation professionnelle, puis de formation médicale et de formation dentaire. Notre synthèse de la documentation organisationnelle est tirée des travaux d'Everett Hughes, d'Eliot Freidson et de Lois Cohen qui ont respectivement analysé dans des contextes d'application les professions en général, la profession médicale et, la profession dentaire. Enfin, les différents travaux de Michel Crozier,

d'Erhard Friedberg et d'Olgierd Kuty serviront de référence dans l'étude de la relation entre la formation professionnelle, d'une part, et le fait organisationnel, d'autre part, et enfin, plus qu'une simple référence, le mode de raisonnement de Crozier constitue pour nous le mode de raisonnement sous-jacent à toute la recherche.

8.2 le schéma théorique

Si le schéma de l'organisation selon Taylor (March et Simon, 1974, pp.12-20) suppose que l'homme est avant tout une main, les penseurs de l'organisation humaine du travail, tels Maslow, McGregor et Argyris, postulent plutôt que l'homme est à la fois une main et un coeur. Mais lorsque de son côté Crozier ajoute comme hypothèse de travail la saisie de toute relation humaine comme une relation de pouvoir, il entend en plus que l'acteur cherche à contrôler son environnement, c'est-à-dire à réduire les incertitudes que sont pour lui les comportements des autres acteurs avec lesquels il est en interaction. Cette hypothèse suppose que l'homme, dans une organisation, est avant tout une tête, c'est-à-dire un acteur libre. Ainsi, dans toute relation, l'acteur conserverait des attitudes essentiellement opportunistes en ce sens qu'il jouerait toujours pour gagner. Ses stratégies constituent l'ensemble des moyens qu'il utilise pour gagner dans une relation. Si ses stratégies sont déterminées par un opportunisme légitime, celles-ci demeurent cependant toujours conditionnées par sa culture. C'est ici que se rejoignent les théories de Crozier et de Freidson. De son côté, Olgierd Kuty (Kuty, 1973) synthétise les deux théories en démontrant jusqu'à quel point le fait organisationnel, conditionné par la culture, est une variable déterminante dans la relation médecin-patient. L'oeuvre maîtresse de

Freidson, "Profession of Medicine", n'avait, par ailleurs, qu'un seul but, selon son auteur (Freidson, 1974, p.308): celui de démontrer comment, dans la relation médecin-patient, le pouvoir, le chantage, le contrôle sont des mécanismes qu'utilisent avec succès autant le profane que le professionnel. Par l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977, pp.391-413), on peut identifier les noeuds de régulation d'un système (système de connaissances, système de distribution de soins) en partant de l'acteur et de ses jeux de pouvoir, pour en remonter ensuite à ses stratégies et aux traits culturels qui les conditionnent. C'est muni de cette démarche d'analyse que nous avons effectué deux études de cas auprès de cliniques dentaires du Québec, puis que nous avons administré un questionnaire de recherche à l'intention des dentistes du Québec, en vue de confirmer notre schéma théorique.

0.3 La vérification empirique

0.3.1 les études de cas

Les études de cas ont servi de charnière dans cette recherche. Elles ont d'abord servi à vérifier la justesse du schéma théorique et à tester le mode de raisonnement de Crozier. Elles ont ensuite permis de préciser les énoncés du questionnaire. Enfin, elles ont servi, pour leur part, à vérifier, en plus du questionnaire, l'hypothèse de recherche. Sans qu'il y soit ailleurs fait référence dans le texte, il importe également de relever ici que les résultats des deux études de cas constituent un support constant à la partie analytique, puisque les deux démarches furent conduites simultanément.

La méthode des études de cas constitue le point de départ de l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977, pp.391-413). C'est ainsi qu'en "débarquant sur le terrain", le chercheur, muni de sa grille d'observation, cherche à découvrir, en partant du jeu des acteurs, le système d'action concret que constitue l'organisation dans laquelle ils évoluent. Cette méthode inductive, bien que limitée, a le mérite de permettre la découverte des jeux de pouvoir entre les différents membres de l'organisation et, partant, de mieux comprendre la réalité organisationnelle qui constitue, dans cette recherche, un aspect primordial.

Les études de cas ont permis, en second lieu, de justifier le choix des variables retenues et de fixer définitivement le libellé du questionnaire de vérification, ainsi qu'on l'a déjà relevé.

Elles ont enfin permis, par un dernier retour sur leurs résultats, de confirmer ceux du questionnaire et donc, de vérifier les liens entre la formation professionnelle, le fait organisationnel et la professionnalisation chez les dentistes du Québec.

8.3.2 le questionnaire

> "Tout concept doit être traduit en termes directement reliés à une réalité qu'on mesure"
>
> (Carlos et al, 1971, p.6)

Nous avons ainsi traduit les concepts de formation professionnelle et de fait organisationnel en de nombreux indices. Nous avons décomposé en termes mesurables les sciences de base, les sciences cliniques, les attitudes, les atouts des dentistes et des patients, les modes d'organi-

sation dentaire et les principaux éléments de la professionnalisation. Nous avons placé, comme s'ils étaient des "manomètres", des instruments de mesure sur chaque relation interconceptuelle.

Une fois construit, le questionnaire a été adressé, en un premier temps, à soixante dentistes choisis dans la liste des membres de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Cette démarche a constitué une sorte de pré-test. Une fois les questionnaires retournés et les réponses compilées, des corrections ont été effectuées et de nouveaux libellés se sont ajoutés. Le questionnaire corrigé et rééquilibré a été ensuite adressé aux deux mille trois cents six dentistes inscrits, au moment de l'envoi, à l'Ordre des dentistes du Québec. Les données recueillies ont été traitées à l'aide de la méthode SPSS.

Le questionnaire n'est peut-être pas, dans l'analyse stratégique, le moyen privilégié pour saisir une réalité. Ce sont d'abord les études de cas, les entrevues qui permettent de recueillir les données recherchées. Néanmoins, le questionnaire vient ajouter à la démarche de recherche des aspects globaux, intéressants malgré leur limites.

9. Le plan de recherche et la grille d'observation

Le plan de la recherche comprend quatre parties, chacune subdivisée en trois chapitres. La première partie traite de l'axe de la formation professionnelle. La deuxième examine l'axe de la pratique professionnelle. La troisième analyse l'adéquation entre la formation, d'une part, et la pratique, d'autre part. La quatrième partie, enfin, est constituée de la démarche de confirmation auprès des dentistes québécois

et de l'analyse de ses résultats en fonction de notre hypothèse de départ; c'est la partie empirique.

Les trois premières parties sont structurées de la même façon. Nous avons emprunté, puis adapté, dans ces trois parties, une grille d'analyse (Girard, 1973, p.7), de sorte que chacun des neuf premiers chapitres, suit une séquence précise: d'abord, une revue historique, puis une analyse de type sociologique et, enfin, une partie prospective.

Tableau 2 : Grille d'observation de Girard

	Cadres	Institutions	Contenus	
FRANCE	- Contexte historique - Contexte sociologique - Schémas de planification			Synthèse
ETATS UNIS	- Contexte historique - Contexte sociologique - Schémas de planification			Synthèse
QUEBEC	- Contexte historique - Contexte sociologique - Schémas de planification			Synthèse
	Constantes	Constantes	Constantes	CONCLUSIONS GENERALES

La symétrie de notre grille n'est rompue que pour la partie empirique de la recherche, ainsi que pour le chapitre de conclusions de la recherche. Dans les neuf premiers chapitres, nous analysons d'abord les structures, les acteurs et les processus avec l'éclairage de l'Histoire. Nous empruntons la séquence planification - implantation - développement, puis - évaluation. Dans cette phase, nous considérons, par exemple, les causes qui ont conduit à la mise sur pied d'écoles professionnelles (phase de planification), nous analysons les événements qui ont entouré leur mise sur pied (phase d'implantation), nous en suivons l'évolution au cours des ans (phase de développement, et nous apprécions enfin la situation telle qu'elle se présente aujourd'hui (phase d'évaluation). Nous nous limitons à ces quatre phases évolutives parce que celles-ci répondent déjà suffisamment aux objectifs visés.

Nous procédons, ensuite, dans chacun des neuf chapitres de la partie analytique de la recherche, à une analyse sociologique. Nous empruntons le paradigme de Parsons avec les points de vue de l'adaptation à l'environnement, de la poursuite des buts, de l'intégration et de la latence. De fait, nous prenons au niveau conceptuel la séquence structuro-fonctionnaliste tout en conservant, au niveau de l'interprétation, le raisonnement de l'analyse stratégique, ce qui nous permet de classifier les phénomènes à la façon de Parsons et d'en inférer tout à la fois les causes à la manière de Crozier, ces deux théories pouvant se rejoindre à ce point de contact, quelles que soient leurs différences d'approche par ailleurs.

La partie prospective se divise en deux sections, la section prévisionnelle et la section portant sur les contraintes. Nous limitons

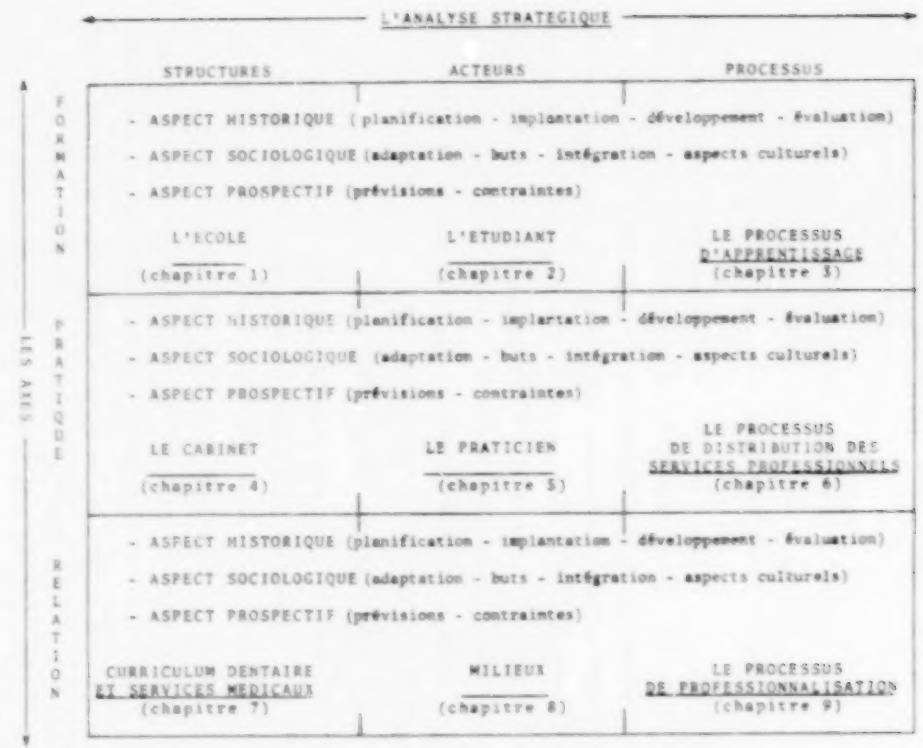
l'aspect prospectif à ces deux seules sections puisque nous voulons, en premier lieu, identifier les principaux paramètres d'évolution du phénomène étudié et, en second lieu, reconnaître les limites et les contraintes possibles.

Il nous semble ainsi que la grille réaménagée de Girard nous permet de dégager une réponse rigoureuse à notre question de recherche, tout en assurant une démarche semblable pour chacun des phénomènes étudiés.

D'autre part, les trois chapitres de chacune des trois premières parties de la recherche suivent le schéma de l'analyse stratégique qui étudie un processus donné à partir de l'étude des structures et des jeux des acteurs. Ainsi, la première partie traite successivement de l'école professionnelle comme structure, objet du premier chapitre; des étudiants en tant qu'acteurs, objet du deuxième chapitre, et du processus d'apprentissage, objet du troisième chapitre. La deuxième partie porte d'abord sur le cabinet professionnel, objet du quatrième chapitre, puis des praticiens, objet du cinquième chapitre et du processus de distribution des services, objet du sixième chapitre.

Les septième et huitième chapitres constituent des analyses d'adéquation entre les chapitres premier et quatrième, d'une part, et les chapitres deuxième et cinquième, d'autre part. Le neuvième chapitre portant sur le processus de professionnalisation constitue le point de convergence de la grille d'analyse représentée à la page suivante. Cette grille d'analyse, que nous appelons parfois grille d'observation ou grille empirique, a servi à analyser les liens entre nos trois grandes variables dans le cadre, non pas d'un modèle causal, mais d'un modèle relationnel déjà schématisé dans le tableau 1, page 19.

Tableau 3: La grille d'analyse



La quatrième partie de la recherche traite successivement, en trois chapitres, de l'enquête auprès des dentistes du Québec, de l'analyse de ses résultats, puis se termine par une conclusion générale où l'auteur développe la question du pouvoir dans le processus de professionnalisation.

Résumé

Cette recherche constitue donc une analyse des limites de la formation professionnelle sur l'organisation de la pratique professionnelle en dépassant le cadre qui voudrait que l'on postule le déterminisme simple dans les projets de refonte des programmes professionnels. Pour évaluer ces limites, la recherche porte sur les liens entre la formation professionnelle d'une part, et deux phénomènes précis d'autre part: celui de la professionnalisation et celui du fait organisationnel.

Le tableau relationnel ainsi que la grille d'analyse constituent un point de départ pour relever dans quelle mesure le fait organisationnel est un facteur déterminant dans le processus de professionnalisation et pour clarifier dans quelle mesure ce processus exerce une influence sur la formation professionnelle.

Dans ce sens, des instruments tels un questionnaire et des études de cas sont utilisés pour confirmer dans les faits la justesse des conclusions atteintes.

PREMIERE PARTIE

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Vouloir donner une problématique de la formation universitaire, c'est effectuer des choix d'observation qui, selon l'intensité avec laquelle ils seront envisagés, laisseront dans le flou les contours. On ne peut y échapper.

On peut élaborer cette problématique à partir de l'étude des structures d'un ensemble organisé et passer par le taylorisme. On peut également colorer sa problématique par l'analyse des comportements humains de ceux qui composent cet ensemble organisé et s'appuyer sur le behaviorisme ou sur la psychologie organisationnelle qui, tous deux, fondent les relations humaines. Ou, démarche encore plus récente, il est possible de réifier l'ensemble organisé, c'est-à-dire de faire une analogie biologique en lui prêtant vie et, par l'approche systémique, de montrer les relations existantes entre l'environnement, les structures, les acteurs et les processus. Sans nier la pertinence de ces trois approches classiques appliquées à l'étude de la formation universitaire, notre démarche s'inscrit plutôt dans le sens de l'analyse stratégique brièvement évoquée en introduction de cette recherche. Celle-ci analyse un processus donné par la découverte des comportements des acteurs que les structures contraignent. Voilà pour l'instrument choisi.

Puisque la logique de l'analyse stratégique l'impose, nous verrons, dans l'ordre, les structures, les acteurs puis, le processus d'apprentissage au niveau de l'enseignement supérieur.

les structures :

Dans le premier chapitre et toujours à l'aide de la grille d'observation, nous analyserons les structures qui encadrent le processus d'apprentissage par l'examen de l'école médicale et de l'école médicale dentaire, avec l'université comme arrière plan. Prenant pour acquises les exigences de la méthode historique, nous jetterons un oeil sur le contexte dans lequel se donnait la formation professionnelle avant la période scientifique pour rejoindre la situation actuelle où le modèle flexnérien domine très largement dans les écoles médicales et médicales dentaires. La méthode sociologique situera les composantes de la formation professionnelle dans l'école, identifiera les objectifs spécifiques de celles-ci, fera voir le monopole exercé sur elles par l'université, ainsi que les dysfonctions qu'on y retrouve. La méthode prospective conclura sur certaines perspectives de formation professionnelle permanente. Voilà pour les structures choisies.

les acteurs :

Dans le deuxième chapitre, et encore selon la grille utilisée précédemment, nous observerons les individus qui de près ou de loin ont quelque chose à voir avec le processus d'apprentissage. Nous observerons ces individus, en mettant une insistance particulière sur les caractéristiques qui leur sont propres et sur les comportements qui sont leurs en milieu d'apprentissage. Nous les identifions, en "langage stratégique" comme les acteurs du système étudié; les caractéristiques seront leurs atouts et leurs comportement, des jeux. Nous ferons la mise au point sur l'étudiant, en plaçant le professeur, l'administrateur et d'autres types d'acteurs graduellement hors foyer. La méthode histo-

rique permettra de suivre l'étudiant depuis l'époque de l'apprentissage par l'usage jusqu'à l'époque de la "scientifisation". La méthode sociologique qualifiera les principaux acteurs en termes d'organisation hiérarchique, de motivation intrinsèque de ceux-ci, d'utilisation de leurs atouts et, enfin, d'attitudes observées et ce, dans une perspective de développement des programmes professionnels. Nous évoquerons en dernier lieu, par la méthode prospective, des changements de profil d'acteur que certains indices annoncent. Voilà pour les acteurs choisis.

le processus :

Dans le troisième chapitre, nous faisons la mise au point sur le processus d'apprentissage dans le contexte spécifique de la formation professionnelle. Pour bien couvrir le terrain choisi, nous utilisons les trois parties de la grille d'observation dont il est question en introduction. Les exigences de la méthode historique nous conduiront de la planification à l'évaluation du processus d'apprentissage en passant par ses phases d'implantation et de développement. En des termes plus précis, nous examinerons l'évolution des programmes en empruntant la filière médicale et médicale dentaire. La méthode sociologique fera ressortir les traits de la formation professionnelle dans leur mode d'adaptation à l'environnement, dans leurs objectifs, dans leur mode d'intégration, puis dans leur signification culturelle. Cette méthode permettra l'analyse des quatre sous-processus suivants: l'admission des étudiants, la compétentisation par les sciences fondamentales, la technicisation par les sciences cliniques et, enfin, la socialisation par les sciences connexes. La méthode prospective, en dernier lieu, aidera

à brosser un tableau sur les travaux de planification en cours et sur les contraintes majeures que ceux-ci identifient. Voilà pour le processus étudié.

Cette analyse du processus d'apprentissage par l'examen des structures d'enseignement supérieur et par l'identification de la nature des jeux qui en caractérisent les principaux intéressés, permettra de détailler une partie de notre hypothèse de recherche, de découvrir, en effet, dans quelle mesure la formation professionnelle est une variable fondamentale dans le processus de professionnalisation. Cette démonstration commence par l'examen de l'école selon qu'elle est établie à l'intérieur ou à l'extérieur du contexte de l'université.

CHAPITRE I

L'ECOLE MEDICALE ET MEDICALE DENTAIRE

1. Introduction

La Commission Carnegie sur l'enseignement supérieur fournit une importante source d'études sur l'enseignement supérieur. Pour saisir la globalité de la problématique universitaire américaine, les chercheurs de la Commission Carnegie se sont tournés vers l'Europe du Moyen-Age, comme il se doit.

> "L'Eglise chrétienne a organisé l'école et l'université en intégrant son idéologie propre à la discipline intellectuelle des Grecs et à l'esprit d'organisation juridique des Romains."
>
> (Girard, 1973, p.11)

A cette époque, l'université naissante a une fonction prioritaire, celle de la transmission des connaissances compatibles avec l'enseignement de l'Eglise. C'est l'université utilitariste de Bacon:

> "Reading maketh a full man, conference a ready man and writing an exact man"
>
> (Bacon, cité dans Brooks, 1965, p.71)

Ce savoir institutionnalisé relèvera pendant longtemps de la compétence de quatre facultés déterminées: théologie, droit, médecine, arts. Ce modèle d'université, quelques siècles plus tard, sera éclaté en Allemagne puis mis en pièces dans les colonies britanniques d'Amérique du Nord: jusqu'à devenir l'institution complexe actuelle (Perkins, 1973, pp.3-14).

C'est dans cet univers ... universitaire que se situe aujourd'hui la formation professionnelle de niveau supérieur. Pour en saisir les données, il est possible de dégager les paramètres d'évolution de la formation médicale qui, avec d'autres, en a constitué le moteur.

1. L'évolution de l'école professionnelle

1.1 La formation médicale et médicale dentaire avant la période scientifique

L'application des connaissances dans les trois domaines de la théologie, du droit et de la médecine, a été pendant des siècles liée à la pensée chrétienne de l'Europe du Moyen-Age (Hughes, 1973, p.1). Pendant toute l'époque où les "docteurs" de l'Eglise ont privilégié une conception globalisante de l'homme, l'accès à la connaissance, par exemple, de la chirurgie a été formellement interdit aux "docteurs" en médecine. C'est ainsi que des barbiers, par une sorte de théorie des champs inoccupés, se sont accaparés des actes chirurgicaux et en ont développé l'art et les techniques. Pendant toute l'époque où les "docteurs" en médecine ont nié l'importance physiologique des dents, l'accès à la connaissance bucco-dentaire a été laissé tantôt aux barbiers, tantôt aux coupeurs de diamants, tantôt aux forgerons. Et, pour prendre un exemple plus récent, depuis l'époque où les "docteurs" en médecine dentaire dédaignent l'art de la fabrication des prothèses dentaires, des mécaniciens, plus ou moins charlatans, sous menace "d'excommunication", ont appris les grands principes de cet art, dans leur officine. C'est ainsi qu'après la consécration des trois premières professions, théologie,

droit, médecine, par les autorités constituées, le charlatanisme a, en partie, marqué la naissance des nouvelles professions.

Les corporations furent, hors université, jusqu'au dix-huitième siècle les principales, sinon souvent les seules, structures de transmission des connaissances professionnelles. Le jeune apprenti assistait le maître qui, en retour, lui enseignait les rudiments et les secrets de la profession jusqu'à ce que l'élève devînt assez autonome et assez compétent pour, à son tour, obtenir la reconnaissance de ses pairs en devenant "compagnon", puis "maître" à son tour. Cette forme d'apprentissage fut aux Etats-Unis le principal modèle de formation médicale pendant les dix-septième et dix-huitième siècles. Williams (Williams, p 39) raconte qu'en 1730, sur les 3 500 médecins praticiens que comptaient les colonies, 5% seulement détenaient un diplôme et pas plus de 400 avaient reçu un quelconque enseignement formel.

Dès l'arrivée des laboratoires médicaux et pendant leur développement, des cours s'instituèrent pour hisser les praticiens à la hauteur des découvertes. Ainsi, le médecin et l'apprenti pouvaient recevoir un enseignement formel dispensé par un confrère plus au fait des dernières techniques ou encore plus connaissant dans une science de base donnée. Mais l'habitude d'achever sa formation par des cours formels n'était pas encore devenue normale courante. La création de quatre écoles médicales entre 1765 et la fin du siècle allait cependant marquer le début d'une ère nouvelle, celle de la formalisation de la formation médicale, par le foisonnement des écoles.

1.2 Le foisonnement des écoles médicales aux Etats-Unis.

Les premières écoles médicales américaines ont donc répondu à un besoin de structuration des sciences fondamentales connues à l'époque. Les étudiants qui s'y inscrivaient allaient y chercher des connaissances de base que la formule de l'apprentissage, par la pratique, ne pouvait leur donner. Ils continuaient par ailleurs à faire leur expérience clinique comme auparavant, soit sur le tas. L'école n'était qu'un lieu où celui qui le désirait et qui pouvait se le permettre, pouvait se familiariser davantage avec les fondements de sa science. L'école dispensait ce qu'on appellerait aujourd'hui une espèce de culture de base ou de formation générale. Elle s'inscrivait ainsi dans le nouveau courant libéral de Newman selon lequel un professionnel est compétent dans la mesure où il est un bon père de famille, un gentleman.

> "C'est une bonne chose d'être un gentleman; c'en est une d'avoir l'esprit cultivé, le goût délicat, un coeur franc, équitable, impartial, d'adopter dans la conduite de sa vie un comportement noble et courtois. De telles qualités.....sont l'objectif même que poursuit l'université."
>
> (Newman, 1853, p.245)

Comme la pratique médicale n'était pas réglementée, l'acte de guérir pouvait alors être exercé par des praticiens aussi différents que des barbiers, des clercs, des sages-femmes. Des individus donc qui n'avaient reçu ni formation de base par apprentissage ou par cours formels, isolés ou organisés dans une école, ni non plus une expérience clinique acquise en tant qu'apprentis. C'est dans ce contexte de libéralisme dominant que naît l'école médicale américaine.

Tel était le but de Thomas Bond, fondateur avec Benjamin Franklin du premier hôpital qu'on pourrait qualifier d'universitaire aux Etats-Unis et puis ensuite fondateur, en 1765, de la première école médicale américaine: que de donner un enseignement de qualité rendu nécessaire par l'état devenu avancé de la médecine de l'époque. Il s'était déjà plus possible de tout apprendre sur la médecine par la seule méthode de l'apprentissage, si compétent fût le maître ou si brillant fût l'élève. Les écoles médicales commencèrent donc à voir le jour un peu partout dans les colonies au moment où celles-ci s'affranchissaient de la domination britannique. Un peu moins de cent ans après la fondation, par Bond, en Pensylvanie, de la première école médicale, on pouvait compter en 1860 (Hughes, 1973, p.19) soixante-cinq écoles médicales aux Etats-Unis.

Quatre médecins, dont deux étaient également des dentistes, fondèrent en 1840 le Baltimore College of Dental Surgery, qui devenait la première école dentaire d'Amérique (Gies, p.40). C'était là le signe évident d'une direction différente de l'évolution américaine puisqu'en Grande Bretagne et en Europe, rapporte Gies, la formation dentaire demeurait à l'intérieur de l'école médicale. Le développement des écoles dentaires allait connaître des difficultés. D'abord, à cause des médecins qui ne prisaient pas la dentisterie et ne faisaient rien pour en rehausser le niveau et, ensuite, à cause des dentistes eux-mêmes qui, pour diminuer la compétition, décourageaient leurs assistants de s'inscrire dans les écoles.

Au Canada, le besoin d'institutionnaliser la formation médicale ou médicale dentaire s'était fait sentir plus tard qu'aux Etats-Unis.

Pendant les régimes d'occupation, les praticiens reconnus avaient été fournis par l'armée française puis par l'armée britannique (Harris, 1976, p.63). De plus, les loyalistes comptaient quelques praticiens qui s'ajoutèrent au corps médical de la milice. La première école médicale fut fondée en 1823 à Montréal. Cette école, le Montreal Medical Institution, devenait la Faculté de médecine de l'Université McGill en 1829.

L'esprit d'entreprise caractéristique de la nouvelle nation américaine allait rapidement gagner le domaine médical et, plus tard, celui de la dentisterie. On fonde des écoles aussi facilement qu'on fonde des sectes religieuses. Presque n'importe qui pouvait fonder une école et offrir un programme plus ou moins attrayant. La méthode d'implantation était fort simple. Deux ou trois médecins se portaient acquéreurs de locaux, vantaient les mérites du programme dans les journaux de l'époque, admettaient, moyennant rémunération, quiconque voulait devenir praticien. Le développement des écoles médicales, pendant la deuxième partie du dix-neuvième siècle, suivit la logique de la loi de l'offre et de la demande. Dix nouvelles écoles se fondaient alors que dix autres tombaient en faillite à cause souvent du coût trop élevé des laboratoires. La philosophie de la formation médicale variait autant que le contenu et la durée des programmes, selon les croyances religieuses, le sexe ou les races. Ce développement tous azimuts amena la création de quatre cent cinquante-sept écoles médicales de 1765 à 1910. Au tournant du siècle dernier, le ratio médecin/population était supérieur à celui que l'on connait aujourd'hui.

L'école, cependant, avait supplanté, au point de l'éliminer, le mode de formation par l'apprentissage uniquement. L'école était devenue le mode dominant de formation alors que l'apprentissage en situation en devenait le complément. Situation inverse à celle qui prévalait un siècle plus tôt.

1.3 le modèle flexnérien

Au début du siècle, la Fondation Carnegie, préoccupée par le développement irrationnel des écoles médicales, commandite une étude complète et exhaustive sur l'état de la formation médicale aux Etats-Unis et au Canada. Abraham Flexner en prend la responsabilité et visite les cent cinquante-cinq écoles médicales américaines ainsi que les quinze écoles canadiennes. Ses conclusions sont formelles: on se doit de mettre de l'ordre dans l'école médicale. Ainsi propose-t-il :

> "1. que les soins médicaux soient basés sur une connaissance approfondie des sciences fondamentales;
>
> 2. que seules les écoles médicales de très haute qualité soient accréditées;
>
> 3. que ces écoles développent les travaux en laboratoire et l'expérience clinique;
>
> 4. que les écoles de mauvaise qualité soient fermées;
>
> 5. que les écoles médicales soient affiliées à des universités."
>
> (Flexner, 1910)

Il semble que Flexner ait été impressionné, si on analyse ses principales recommandations, par la philosophie éducationnelle allemande de l'époque. C'est ce que son autobiographie s'emploie (Flexner, 1940); c'est ce que son modèle révèle.

GR reconnaît cette influence dans le souci de Flexner d'institutionnaliser la formation dans un milieu relativement clos où, pour citer Von Humbold, "l'homme poursuit sans contrainte l'expérience de l'esprit". Comme à cette époque, le modèle germanique était ouvertement prôné tant en Europe qu'aux Etats-Unis (Touraine, 1972, pp.32-33), les recommandations de Flexner furent reçues avec beaucoup de sympathie par l'Association médicale américaine et suscita un vif intérêt auprès des dentistes et même des avocats. Ainsi, ceux-ci demandèrent à la Fondation Carnegie de financer une étude similaire en dentisterie et en Droit. Cela donna naissance au Rapport Gies en 1920 et au Rapport Reed en 1926.

Flexner propose également (Flexner, 1910, p.87) que le curriculum médical soit de quatre ans et qu'il soit divisé en deux parties égales. D'abord une première tranche de deux ans, où l'étudiant se consacre à l'étude des sciences fondamentales, puis une seconde tranche d'égale durée, où l'étudiant se consacre aux travaux cliniques. Flexner propose enfin que la formation médicale ne se fasse qu'à temps plein. La flexnerisation de la médecine sera interprétée comme la taylorisation de la médecine (Berliner, dans Bozzini, 1981, pp.93-118).

La Fondation Carnegie commandite, au début des années 1920, une étude similaire, mais cette fois, sur la formation dentaire. William J. Gies, en prend la responsabilité et, tout comme Flexner, il visitera les quarante-quatre écoles américaines et les cinq écoles canadiennes. Ses critiques de l'école dentaire sont de beaucoup moins sévères que ne l'étaient celles de Flexner à l'égard des écoles médicales. Et pour cause. Contrairement à l'école médicale, l'école dentaire s'est implan-

tés avec beaucoup plus d'ordre et beaucoup plus de souci de qualité. Avec même des standards beaucoup plus élevés que ceux des écoles de Droit de l'époque.

> "The vigorous campaign to eliminate the inadequate medical school was by then well on the way to success, whereas the growth in legal education had principally been in law school not even meeting the very low standards of the American Association of Law Schools."
>
> (Ehrlich et Packer, 1972, p.235)

Les élites dentaires avaient à coeur d'éliminer cette impression, trop souvent fondée, que les dentistes étaient, avant tout, des commerçants. C'est du moins ce qu'en pensaient les médecins de l'époque (Gies, p 235). Ces mêmes élites voulaient également faire reconnaître les fondements physiologiques de la dentisterie, ce qui, à l'époque, était moins reçu aux Etats-Unis qu'en Europe. Leurs efforts avaient permis de placer l'ensemble des écoles dentaires à un niveau beaucoup plus élevé que ne l'était l'ensemble des écoles médicales. Situation inverse, cependant, dans la pratique professionnelle, comme nous le verrons plus loin.

Les recommandations de Gies furent à l'effet d'élever les standards de la formation professionnelle dentaire au niveau des meilleures écoles médicales de l'époque. Il propose ainsi :

> "1. que la formation pré-dentaire soit à l'égal de la formation pré-médicale, soit de douze ans d'études élémentaires et secondaires, et de deux ans d'études collégiales; (p.16-17).
>
> 2. que la formation dentaire se fasse en étroite relation avec l'enseignement hospitalier; (p.19)
>
> 3. que soit promue la recherche, inexistante dans les écoles dentaires; (p.19)

4. que le curriculum dentaire se donne sur trois ans au lieu de quatre; (p.18)

5. que les écoles dentaires soient affiliées aux universités. (p.179)"

(Gies, 1926)

La plupart des recommandations de Gies furent acceptées par les dentistes de l'époque, sauf celle de réduire le curriculum de quatre à trois ans. Le Rapport Gies a consacré l'autonomie de la formation dentaire et "flexnérisé" son curriculum et son lieu de distribution: l'école ou la faculté universitaire.

Du côté du Droit, le Rapport Reed connut moins de succès. Son hypothèse de formation légale à temps partiel ne fut pas retenue. Les juristes de l'époque suivirent le courant flexnérien en consacrant le modèle de Langdell, inventeur des études de cas, comme unique modèle de formation légale aux Etats-Unis.... et encore jusqu'à aujourd'hui.

La transformation de l'école médicale, et par voie de conséquence de l'école dentaire, suite aux Rapports de Flexner et de Gies, est étroitement liée aux changements de la société américaine. Elle est à l'image de l'esprit d'entrepreneurship qui caractérise les américains d'alors. Si les voies d'évolution de la formation professionnelle étaient convergentes au départ, tant en Europe que dans les colonies britanniques, la révolution américaine les a séparées, entraînant la société canadienne dans son sillon. C'est ainsi que la réforme flexnérienne, d'inspiration culturelle américaine, mais d'influence germanique, balisera les structures de la formation professionnelle médicale et médicale dentaire pendant tout le vingtième siècle aux Etats-Unis comme au Canada, où déjà depuis 1920 (Harris, 1976, p.598), la formation

professionnelle relève des universités. Son influence sur la formation légale sera tout aussi déterminante: "The results of the Flexner Report were hailed by the representatives of the organized Bar as worthy of emulation on legal education" (Ehrlich et Packer, 1972, p.25). Le modèle devient un dogme; ainsi, la formation légale devait-elle se donner à plein temps, devait durer trois ans et être précédée de quatre années d'une "college education". "The Flexner model (en médecine) has been the sole fully accepted model in the United States since 1910", écrit la Commission Carnegie (Carnegie, 1970, p.4). Encore aujourd'hui, en 1981, le modèle résiste et offre peu de signes d'affaiblissement malgré des critiques pourtant très sévères à son endroit.

1.4 L'évaluation du modèle flexnérien

On relève dans le Rapport de la Commission Carnegie sur les politiques en matière de formation médicale et médicale dentaire, deux critiques fondamentales du modèle flexnérien. Ces critiques sont la conséquence du "self-contained approach" du modèle à l'égard de la science. Cette conception répond à la conception globale que se donnait Flexner de l'Université :

> "A university..... (is) an institution consciously devoted to the pursuit of knowledge, the solution of problems, the critical appreciation of achievement, and the training of men at a really high level - a university in this sense we did not possess until the John Hopkins University modestly opened its portals in 1876."
>
> (Flexner, 1930, p.49)

Les chercheurs de Carnegie soulignent d'abord (Carnegie, 1970, p.4) le fossé entre l'école, d'une part, et le système de distribution des

soins hors de celle-ci ou de l'hôpital universitaire, d'autre part. Ils déplorent ensuite l'autarcie de l'école médicale sur le campus, ce qui requiert une duplication des départements de sciences fondamentales dans les universités. Les auteurs du Rapport proposent, pour pallier ces déficiences du modèle, que les écoles orientent leur curriculum vers la recherche de nouveaux modes de distribution des soins et qu'elles se préoccupent davantage des services qu'elles pourraient offrir à la communauté. Ils proposent également d'explorer le modèle britannique où l'école demeure principalement un hôpital universitaire et, à tout le moins, que les écoles médicales se départissent de leurs deux premières années de sciences fondamentales, au nom de l'interdisciplinarité. Dans le but évident d'ébranler le modèle flexnérien, les auteurs du Rapport suggèrent (Carnegie, 1970, pp.47-48) que les écoles revoient en profondeur leur curriculum avec l'objectif d'en réduire considérablement la durée, et pour faciliter cette démarche, recommandent que des sommes substantielles, à cet effet, leur soient versées par les différents paliers de gouvernements (Carnegie, 1970, pp.70-72). Ehrlich et Packer proposent, au nom de ces mêmes considérations, de réduire de trois à deux ans le curriculum légal. Six ans plus tard, le "Carnegie Council on Policy Studies in Higher Education", successeur de la Commission Carnegie, publie un Rapport sur le progrès et les problèmes de la formation médicale et médicale dentaire. Le Conseil dénombre cent quatorze (114) écoles médicales et cinquante-neuf (59) écoles dentaires aux Etats-Unis. Le Conseil note que, depuis 1970, de nombreuses écoles ont adopté le curriculum de trois ans. En 1974, dix-sept (17) écoles médicales donnent leur programme régulier sur trois ans alors que trente autres l'offrent en option. Du côté dentaire, quatorze (14) écoles ont

adopté le curriculum sur trois ans alors que dix-sept (17) autres offrent à l'étudiant des options lui permettant de suivre le programme en moins de quatre ans; avec, comme base d'enseignement préalable, un diplôme d'études secondaires, soit douze ans d'études. Cependant, ces changements, et d'autres que nous verrons plus tard, nous amènent à chercher d'un point de vue sociologique et éducationnel les liens existant entre la formation professionnelle dans l'école et la situation idéologique, politique et économique qui prévaut dans son environnement. On pourra ainsi mettre en lumière quelles sont les modifications de structures qui s'avèrent le plus apte à suivre l'évolution de la société.

2. Ses fondements sociologiques

2.1 L'école professionnelle et son environnement

La création des facultés des arts et des sciences de même que l'entrée de l'école médicale, suivie des autres écoles professionnelles, dans l'université, à la suite du Rapport Flexner, constituent deux éléments importants du processus de différentiation entre la formation générale et la formation professionnelle. Ce processus, typiquement américain, comme le démontrent plusieurs observateurs (Touraine, Parsons, Kerr, Ben David) amène une différentiation dans les fonctions mêmes de l'université. A la fonction traditionnelle de transmission des connaissances, à laquelle l'université allemande avait greffé la fonction de recherche, s'ajoute une troisième fonction, celle de service à la société. La préoccupation fondamentale qu'ont les professions de

répondre à des besoins immédiats et pratiques de la communauté, devient, par l'intégration de l'école professionnelle au campus, celle de l'université. De même, le souci de rigueur scientifique ainsi que de poursuite de l'expérience de l'esprit, qui caractérise l'université, devient-il celui des écoles professionnelles. Cette symbiose fonde l'université moderne américaine que Flexner décrira ainsi en 1930 dans American Universities: "The heart of a university is a graduate school of arts and sciences, professional schools and certain research institutes".

L'école professionnelle constitue un élément désormais intégré du système universitaire nord-américain, contrairement à l'Europe. Ses fonctions lui imposent d'entretenir et de développer, de façon relativement autonome, des rapports avec des organisations extérieures à l'université, que ce soient des sociétés scientifiques, des fondations, des institutions d'enseignement de toute nature, des organismes d'accréditation, des associations, des paliers de gouvernement. Son appartenance à un système - l'université - fait naître tout un réseau d'échanges avec les autres facultés de même qu'avec les différents services et organes de direction de l'université. La généralisation de l'enseignement, prônée par le "G.I. Bill" et par la Loi des minorités aux Etats-Unis, de même que l'accroissement phénoménal des coûts de l'éducation depuis 1960, raffermiront le lien de dépendance des écoles professionnelles à l'endroit des universités.

2.2 Le rôle des écoles professionnelles

Si l'université est le foyer principal du développement du savoir théorique, l'école professionnelle constitue le lieu prédominant de formation des praticiens. L'école répond ainsi à un besoin d'équipement de la société. L'approche autarcique - le self-contained approach - de Flexner exige que l'école professionnelle crée un milieu artificiel où l'étudiant pourra à la fois se familiariser avec les sciences de base et développer ses habiletés cliniques, sans en sortir. C'est ainsi que l'école tente de recréer, en son sein, les conditions qui prévaudront ultérieurement dans la pratique. Le client devient un objet d'étude et le patient, un outil pédagogique. Première dimension du problème, l'école vise l'auto-suffisance.

L'école professionnelle veut ainsi assumer seule la responsabilité de former des individus qui seront compétents dans leur profession. Cet objectif de compétence professionnelle, contrairement à celui de compétence intellectuelle, suppose un entraînement ininterrompu, un "training without a break", puisqu'il est lié à des objectifs d'ordre pratique que nécessite la satisfaction de besoins immédiats. Cette prise en charge des étudiants par l'école implique une sorte de conception "in loco parentis" du milieu d'apprentissage, ce qui la charge également d'une deuxième dimension du problème: un moyen de transmission des valeurs professionnelles.

2.3 L'intégration des connaissances

L'entrée de l'école professionnelle dans l'université amène une organisation précise des programmes. D'une part, la volonté de rehausser la qualité de la pratique professionnelle, comme en témoignent les Rapports Flexner et Gies dans deux domaines précis, amène l'école à ancrer les disciplines cliniques dans beaucoup plus de disciplines de base que l'état général de la connaissance rend disponibles. D'autre part, la volonté de créer un milieu auto-suffisant conduit les écoles médicales à intégrer l'enseignement hospitalier et amène les écoles dentaires à mettre sur pied leurs propres cliniques. Enfin, la transmission des attitudes s'opère généralement au jour le jour, sans aucune systématisation, ou bien, dans certains cas, par l'addition de cours isolés puisés dans les sciences sociales.

A ces trois niveaux d'apprentissage correspondent les trois composantes fondamentales de la formation professionnelle.

> "Professional knowledge can be thought of as consisting of these elements :
>
> 1- an underlying discipline or basic science component upon which the practice rests or from which it developed,
>
> 2- an applied science or "engineering" component from which many of the day-to-day diagnostic procedures and problem solutions are derived,
>
> 3- a skills and attitudinal component that concerns the actual performance of services to the client, using the underlying basic and applied knowledge."
>
> (Schein, 1972, p.43)

Divers travaux démontrent que les facultés ou écoles intègrent ces composantes de la formation professionnelle de façon variable, bien que les sciences de base aient généralement préséance sur les sciences cliniques. Dans son analyse des écoles professionnelles, Parsons démontre que les écoles médicales accordent une importance prépondérante à la concordance que doivent avoir les sciences de base avec les intérêts ultimes des clients (Parsons, 1975, p.230). On remarque ainsi, dans les écoles médicales, une tendance à intégrer les sciences de base et les sciences cliniques de façon convergente. On retrouve ce phénomène de convergence en Génie et en Droit (Schein, 1972, pp.44-45) où l'école légale, par exemple, intègre les différentes parties de son programme de formation en quasi-autarcie (Ehrlich et Packer, 1972, pp.319-320).

> "La fonction de premier cycle en droit ne favorise pas beaucoup l'ouverture aux autres champs de connaissances théoriques."
>
> (Conseil des universités, 1970, p.11)

Ce phénomène de convergence ou de divergence des sciences de base et des sciences cliniques contribue à distinguer, puis à cataloguer, les différentes écoles professionnelles dans l'échelle de la professionnalisation. En effet, plus la convergence est grande, plus la professionnalisation risque d'augmenter d'intensité.

2.4 les caractéristiques de l'école professionnelle

Vouloir tenter de saisir la signification de l'école universitaire professionnelle américaine signifie, entre autres, devoir examiner l'université en tant qu'organisation. Tout simplement parce que

l'école, dans le système américain, est un des éléments de l'université en tant que système. Or, les différents travaux de la Commission Carnegie le démontrent, l'université est une organisation fort complexe. De fait, toute la littérature consultée tant au Canada (les différents rapports de l'AUCC) comme en Angleterre (les travaux de Sir Asby ou de Robbins) ou comme en France (les travaux de Crozier ou de Tourainne), confirment la complexité de l'organisation universitaire. L'université n'est comparable à aucune autre corporation ni dans sa rationalité propre ni dans la manière dont elle poursuit ses objectifs. L'ouvrage spécifique commandité par la Commission Carnegie - University as an Organization (Perkins, 1973) - en fait clairement le constat. La complexité de l'université est liée à la multiplicité de ses fonctions souvent divergentes. L'université moderne de Flexner s'est transformée en multiversité, c'est-à-dire, selon la conception de Kerr, en une institution inconsistante, paradoxale où s'entrecroisent, sans se voir, des communautés autonomes de toute nature.

> "Nous ne choquerons, nous l'espérons, plus personne en remarquant que l'administration universitaire est certainement, et pas seulement en France, l'un des domaines où la rationalité des décisions est la plus faible, que ce soit par rapport aux objectifs de l'institution universitaire ou par rapport aux objectifs des individus."
>
> (Crozier et Friedberg, 1977, p.274)

L'école professionnelle est partie prenante de cette "irrationalité" parce qu'elle est partie intégrante et intégrée de l'université. Elle est un lieu où fondamentalistes et cliniciens souvent s'opposent au nom de leur conception respective des fonctions primordiales de l'université. Pour certains auteurs, elle est, de par

ses objectifs d'auto-suffisance et de formation ininterrompue, un cloître où, comme le dit Hughes (Hughes, 1973, p.48), les étudiants sont souvent isolés, physiquement, socialement, intellectuellement et psychologiquement. Elle est aussi perçue par d'autres (pour emprunter un jargon reçu) comme le moyen de perpétuer les élites bourgeoises.

Toutes ces critiques, toutes ces observations s'appliquent autant à l'école professionnelle qu'à l'université à qui on reproche de favoriser trop ou pas assez la recherche, de vivre dans une tour d'ivoire ou de se camper dans un conservatisme trop obtus. Les caractéristiques culturelles des écoles professionnelles sont celles - amplifiées - de l'université.

3. Orientations des écoles professionnelles

3.1 quelques prospectives

De nombreux auteurs croient qu'il devient impérieux pour l'école professionnelle universitaire de se redéfinir dans pratiquement toutes ses fonctions. Si l'appartenance de l'école à l'université n'est généralement pas remise en question, les liens qu'elles entretiennent le sont. Ainsi, les chercheurs de Carnegie souhaitent que les écoles professionnelles, notamment en médecine, en médecine dentaire, en Droit, profitent de leur présence sur les campus, pour élargir les bases de leurs sciences fondamentales respectives aux nouvelles connaissances connexes. Ainsi, les écoles doivent-elles axer la convergence (ou la divergence) des sciences de base et des sciences cliniques en fonction

de besoins non seulement individuels mais aussi des besoins collectifs.

L'école, en tant que monopole de la formation institutionnalisée, voit ses fondements attaqués de toutes parts. Déjà, certains croient que le développement quasi exponentiel des connaissances théoriques et que la complexité évolutive de besoins sociaux et politiques de la société, rendent inopérantes les prétentions de l'école professionnelle à l'auto-suffisance "in loco parentis". Et paradoxalement, alors que la somme des connaissances augmente, on recommande de réduire de façon considérable le temps de formation; alors que les besoins sociaux augmentent de la même façon, on propose, avec un caractère d'urgence, de ne plus créer d'écoles professionnelles (Carnegie Council, 1976, p.3). Au contraire, on demande aux écoles de se préoccuper davantage de la façon dont leurs étudiants se comporteront une fois parvenus en pratique professionnelle. Préoccupation qui appelle, entre autres, une redéfinition de la spécialisation, l'instauration d'un processus de formation permanente, l'implication sociale et politique au niveau de la distribution des services.

La formation professionnelle est engagée dans un processus de désinstitutionnalisation. Illich n'a pas inventé ce processus: il l'a constaté. C'est ainsi que ses critiques à l'endroit de l'école en général (Illich, 1971) et de la médecine en particulier (Illich, 1975) ne fait que grossir, sans le démontrer, le devenir des écoles professionnelles. Au point où, par exemple, le Carnegie Council écrit :

> "Urgent recommendation 5: ....Health professionals also need to be trained to place greater emphasis on educating patients to play a more active role in their own care and treatment."
>
> (Carnegie Council, 1976, p.15)

3.2 le conservatisme des écoles professionnelles

On a beaucoup écrit sur le besoin de décloisonner les écoles et facultés universitaires; on trouve peu d'analyses démontrant pourquoi les écoles ne se sont pas encore résolument engagées dans ce sens. On touche ici non seulement au conservatisme caractéristique des professions, mais aussi à celui de l'université.

> "Few institutions are so conservative as the universities about their own affairs while their members are so liberal about the affairs of others."
>
> (Kerr, 1963, p.99)

Mais le conservatisme ne constitue pas en soi le seul blocage à l'interdisciplinarité, le seul allié de l'autarcie des écoles professionnelles. Il est la manifestation visible d'un processus sous-jacent à toute conduite humaine, celui de la lutte pour la survie que la notion de pouvoir transcende. "Changer les programmes met en cause les débouchés et le pouvoir des corps enseignants" (Crozier, 1970, p.148). C'est aussi mettre en cause le monopole professionnel dont l'école constitue l'infrastructure. Voilà une contrainte majeure qui met en échec les meilleures volontés.

Vouloir réduire le temps de la formation professionnelle, en plus que de supposer que la chose est bonne en soi, c'est prêter peu d'importance aux lois de Parkinson (Parkinson, 1957). En 1970, quatorze (14)

écoles dentaires américaines sur cinquante-neuf (59) s'engageaient dans un curriculum de trois ans (Carnegie Council, 1976, p 58). En 1978, onze (11) écoles ont repris le curriculum de quatre ans et les trois autres "innovatrices" songeraient sérieusement à les imiter. Est-ce là la preuve de l'impertinence des recommandations de la Commission Carnegie ? Ou une conséquence de la surspécialisation ? Ou un dérangement d'habitudes ? Dans une étude menée auprès de trente (30) écoles médicales offrant un curriculum de trois ans, les chercheurs Page et Bouiger (cité dans Carnegie Council, 1976, p.57) ont découvert que, dans plusieurs cas, les professeurs et les étudiants se déclaraient insatisfaits puisque le curriculum était non pas réduit mais concentré sur une période de trois ans:

> "From Parkinson's Law, I have dreamt up my own parallel, which is that for every faculty member you add you are going to add two new courses."
>
> (Kerr, 1971, p.15)

L'élargissement des sciences de base, accompagné d'une réduction du temps de la formation professionnelle, suppose l'abandon volontaire de cours jugés pertinents et essentiels au profit de cours jugés profanes donc impertinents. Il est tout à fait normal que les écoles professionnelles hésitent à s'engager dans les voies indiquées. Cette tendance à réifier l'école - à lui prêter une vie et une volonté propre - suppose la présence d'individus qui forment cette vie et cette volonté.

11. résumé

L'évolution historique démontre que l'école professionnelle, conçue à partir d'une philosophie utilitariste, est née péniblement dans un monde de plus en plus libéral. Entrée en symbiose avec l'université au tournant du siècle elle s'est développée au rythme de celle-ci et dans un modernisme sécurisant. Depuis la dernière guerre et, particulièrement, depuis le début des années 1960, l'école professionnelle a été ébranlée par des besoins sociaux et des idéologies qui en ont fait une institution complexe et tiraillée.

La situation de l'école professionnelle dans la société impose que ses membres s'adaptent davantage, non plus seulement au monde de la pratique, mais aussi au milieu universitaire et à la société en général. Sa responsabilité de former des praticiens compétents et responsables lui impose de définir les paramètres de convergence du savoir théorique de base vers les impératifs de l'habileté clinique. Tout ce processus a contribué à consacrer la nature conservatrice de l'école professionnelle.

Mais de plus en plus de chercheurs explorent des voies nouvelles pour que les écoles trouvent un "modus vivendi" plus ajusté aux impératifs de l'époque post-flexnérienne. Les structures de l'école sont remises en cause. Elles ont la vie dure. Briser le miroir est une façon d'échapper à l'angoisse du choix.

Car le choix ne revient pas aux structures, mais aux acteurs qui les font, qui les maintiennent. C'est l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE II

L'ETUDIANT DANS L'ECOLE PROFESSIONNELLE

1. Introduction

Nous avons vu dans le précédent chapitre l'école professionnelle comme une organisation qui s'est construite au long du déroulement majestueux de l'histoire. L'école offre un tout autre aspect quand on observe les individus qui l'habitent.

> "Organisation évoque avant tout un ensemble de rouages compliqués, mais parfaitement agencés. Cette horlogerie semble admirable tant qu'on l'examine seulement sous l'angle du résultat à obtenir: le produit qui tombe en bout de chaîne. Elle change en revanche radicalement de signification si on découvre que ces rouages sont constitués par des hommes. Elle devient alors le cauchemar des temps modernes."
>
> (Crozier et Friedberg, 1977, p.35)

Le but du présent chapitre n'est pas de psychanalyser les individus qui composent l'école professionnelle. Notre but est tout autre. Dans le premier chapitre, nous avons tenté de situer l'école en tant que structure. Dans le présent chapitre, nous voulons identifier les acteurs qui oeuvrent dans cette structure en mettant en évidence les atouts dont ils disposent et la place qu'ils occupent dans l'organisation. Cela permettra de passer ensuite à un processus, celui de l'apprentissage professionnel, objet du troisième chapitre. Nous utilisons la grille d'observation élaborée en introduction de la thèse.

En utilisant la méthode historique on suivra, de Bacon à Newman, de Flexner à Kerr, l'évolution de l'étudiant, du professeur, du client et

des autres acteurs qui s'ajouteront selon les époques. Nous verrons ensuite la position relative des membres de l'école face au curriculum professionnel, leurs motivations respectives, les règles qu'ils se sont données et les attitudes qui les caractérisent.

En dernière partie, nous verrons vers quel type d'étudiant l'évolution actuelle nous conduit.

1. L'évolution des individus dans l'école

1.1 l'apprenti et le maître

A l'époque de l'apprentissage par l'usage, le processus de formation des "professionnels" implique une relation simple entre généralement trois principaux acteurs: le maître, l'apprenti et le client (Carr-Saunders et Wilson, 1933; Elliot, 1972; Reader, 1966). Les rôles de chacun sont clairement définis et nul n'ose penser les contester. Le maître détient un savoir et des habiletés qu'il met au service d'un client docile avec l'assistance d'un jeune prêt à tout faire pour apprendre. Ce dernier, généralement lié par contrat synallagmatique à un praticien de bonne réputation, l'assiste dans ses tâches domestiques, techniques et professionnelles. L'apprenti-médecin fait les courses pour son maître, nettoie les instruments, prépare les médicaments, fait les pansements puis graduellement prend une plus large part aux activités soignantes du médecin, en saignant les patients, en extrayant des dents, en répondant aux urgences de nuit. L'apprenti n'apprend que ce qui est utile de faire, compte tenu des besoins du patient. La

qualité de l'apprentissage est fonction des talents de l'apprenti et de ses ambitions; elle est toutefois dépendante de la compétence du maître et de sa volonté ou de sa capacité d'enseigner. L'intensité des liens entre l'apprenti et son maître varie selon les hommes, selon aussi les profession et l'ésotérisme des connaissances que ces derniers monopolisent.

Les relations maître/apprenti sont de plus courte durée en dentisterie, par exemple. On s'improvise souvent dentiste comme on s'improvise barbier.

> "They (the barbers) were entirely free to proceed with dentistry, the practice of which, because of its assumed triviality, did not seem to require any more knowledge of anatomy or of surgery than that needed in cutting hair or shaving beards, or in making or fitting wigs."
>
> (Gies, 1926, p.26)

Mais les efforts du barbier Paré (1510-1590) d'élever les standards de la pratique dentaire, l'ouvrage de Ryff (1548) et finalement la publication par Fauchard en 1728 de son "Traité des dents", ont contribué à rehausser l'apprentissage dentaire et à le placer dans le sillon de l'apprentissage médical et de l'apprentissage du Droit.

La période de l'apprentissage par l'usage, en l'absence de structures de formation autres que celles des cabinets, est caractérisé par la présence d'un nombre restreint d'acteurs, par l'absence de règles contraignantes et par une conception essentiellement utilitariste des services à rendre aux clients.

1.2 l'élève et le praticien

Les débuts de la formalisation de l'apprentissage par la recherche d'une complémentarité didactique n'ont pas conduit tout de suite à la multiplication des acteurs mais d'abord à un changement dans leur rôle respectif. L'apprenti n'est plus totalement dépendant de son maître; il peut maintenant combler les déficiences de celui-ci ou contrer sa mauvaise volonté, en suivant des cours isolés de sciences fondamentales. Peu s'en prévalent (Flexner, 1910; Gies, 1926; Ehrlich et Packer, 1972) mais le choix demeure. Si la plupart des praticiens en médecine, en dentisterie, en Droit, enseignent encore par l'exemple, d'autres commencent à socratiser la transmission des connaissances. A cette époque d'idéalisation du savoir en soi, quelques grands esprits engageront l'apprentissage professionnel dans un processus irréversible de formalisation. Benjamin Franklin et Thomas Bond pour la formation médicale; Thomas Jefferson pour la formation légale; Horace H. Hayden pour la formation dentaire.

Le troisième acteur - le client - ne se rend pas compte de ce glissement vers la formalisation. Il demeure toujours objet de services; la mutation de l'apprenti en élève, la transformation du maître en praticien solitaire, l'addition du professeur en sciences de base, ne remettent pas en cause sa position relativement passive d'acteur.

1.3 l'étudiant et le professeur

A partir du milieu du dix-neuvième siècle, le processus de multiplication des acteurs et de diversification de leur rôle bouleverse les habitudes. l'apprentissage tel que vécu auparavant n'est plus qu'un complément souvent facultatif de l'école professionnelle. La scène est nouvelle, les acteurs ne se reconnaissent plus. C'est la scientification de l'apprentissage. L'accent de formation passe du praticien au professeur.

L'élève est devenu un étudiant à temps plein; son maître ne tardera pas à devenir un professeur permanent. Le client est maintenant à la fois objet de services et objet d'étude. De nouveaux acteurs viennent compliquer des relations auparavant simples. L'école a un doyen, souvent un "bibliothécaire", parfois un concierge. L'autorité du doyen est absolue; l'évaluation de l'étudiant par le professeur est sans appel, la paie est mauvaise. L'invention de la dactylographie libérera les étudiants en droit d'une obligation de clèricature (Ehrlich et Packer, 1972, p.274) mais les astreindra à une courtoisie chevaleresque à l'égard de la nouvelle secrétaire. Les techniciens inaugurent les nouveaux laboratoires en dentisterie. Des patients allongés et froids "côtoient" les garçons en blanc. Tous, et bien d'autres, se prétendent, à leur façon, des instruments essentiels à la formation des professionnels. L'arrivée de l'école professionnelle dans l'université, le développement de l'enseignement hospitalier, la création "intra-muros" de cliniques dentaires, la structuration flexnérienne rendra aigue la lutte de pouvoir que se livreront tous ces acteurs pendant la première partie du vingtième siècle.

Le processus de la division du travail (Durkheim, 1930) spécialisera les fonctions des corps enseignants. Fonction d'enseignement des sciences de base, fonction de clinicien, fonction de recherche, fonction d'administration, fonction de relations extérieures, fonction "in loco parentis". La rigidité du modèle flexnérien diversifiera les rôles des étudiants en médecine et en dentisterie selon les années de recrue (freshman), à étudi nt (sophomore), à apprenti (junior), à futur diplômé (senior) (Sherlock, 1972, p.81).

> "Being an applicant to medical school is a role in itself."
>
> (Hughes, 1973, p.93)

De plus en plus, le client est considéré comme objet d'étude. On ne choisit plus que les "bons cas". Le client, de son côté, reçoit des services professionnels à bon compte; c'est du moins le cas en dentisterie. Et en médecine, le professeur-médecin jouira des fruits du travail fait par l'interne sous sa supervision.

La période de la scientification de l'apprentissage met en présence tous les acteurs que l'étudiant retrouvera dans sa pratique professionnelle, et d'autres. Mais, des acteurs dont la marge de liberté est, comme le démontre tout l'ouvrage de Becker, "Boys in White" (Becker, 1961), limitée par la structuration rigide du processus de formation, d'une part, et par la signification culturelle précise et situationnelle des rôles de chacun.

1.4 l'acteur et le système

> "On peut défendre l'idée que quand les activistes critiquent le système d'éducation actuel, ils cherchent à rester dans la situation d'élèves et à avoir des enseignants plutôt qu'à être les étudiants de professeurs d'université."
>
> (Lipset, cité par Touraine, 1972, p.208)

Le système de formation universitaire a été fortement remis en question depuis le début des années 1960. Les étudiants ont été les premiers contestataires. Contestation de la société bureaucratique française à Nanterre ? Contestation contre le complexe militaro-industriel à Berkeley ? "Nanterre" et "Berkeley" ont, selon certains auteurs, d'autres significations beaucoup plus profondes (Crozier, 1970; Hayakawa dans Kerr, 1971; Touraine, 1972; Ladd et Lipset, 1975; Lamont, 1979). C'est que l'université, entre autres significations, a cessé d'être une communauté scientifique. L'ouvrage de Perkins le démontre: "University no longer is a community of scholars."

Déjà Kerr écrivait quelque temps avant l'explosion étudiante:

> "There is an incipient revolt of undergraduate students against the faculty; the revolt that used to be against the faculty "in loco parentis" is now against the faculty "in absentia"."
>
> (Kerr, 1963, p.103)

Ces observations de Lipset et de Kerr, si elles s'adressent d'abord aux étudiants et à leurs professeurs, dans le milieu universitaire en général, trouvent aussi une application dans les écoles professionnelles. La syndicalisation des personnels auxiliaires, la conscience que les clients prennent de leurs droits, les impératifs de carrière des professeurs, l'intervention des divers paliers de gouvernement dans le

financement des programmes, la massification ou généralisation de l'enseignement, sont autant de paramètres responsables de l'autonomisation des acteurs dans l'école professionnelle, principal effet pervers (au sens de Boudon) de la formalisation de la formation.

Dans ce système, où la meilleure formation possible ne constitue plus pour personne le principal enjeu, les individus agissent comme des acteurs, plus ou moins antagonistes, utilisant leur marge de liberté pour survivre. Et en bout de ligne, peut-on dire comme Dodo, dans Alice au pays des merveilles: "Tout le monde a gagné; chacun aura une récompense" ?

2. Le comportement des acteurs dans l'école

2.1 La position des acteurs face au programme

L'école professionnelle est généralement une structure relativement rigide. Sa vocation de former des praticiens dans un laps de temps donné, en est la principale cause. La présence de patients rend plus rigide le processus de formation dans les écoles professionnelles médicales et dentaires.

L'école médicale américaine typique est dirigée par un doyen, assisté d'un ou de plusieurs adjoints ou vice-doyens. L'école compte généralement autant de départements qu'elle dispense d'enseignements dans les disciplines de base et les disciplines cliniques. Le département d'une école médicale n'a pas la signification du département de la Faculté des arts et des sciences (Hanze, 1969; Lussier, 1969 et 1970;

Dressel, 1971; McHenry, 1979). La seule analogie qui puisse être faite entre le département de l'école médicale et le département de la Faculté des arts et sciences, est que tous deux constituent le lieu d'appartenance des professeurs.

Le programme - le curriculum - est administré par le Conseil de l'école ou un comité de celui-ci, où siègent habituellement des étudiants. Le programme se développe généralement en fonction des professeurs (Dressel et al, 1971, p.167; Kerr, 1971, p.13). Les étudiants ont une "feuille de route" détaillée qu'ils devront suivre, tous de la même manière, pendant les quatre années de leur formation.

> "Medical schools are organized in an 'authoritarian' manner. The faculty and administration have enormous power over the students. Students learn shortly after their enrollment that if they are dropped, their chance of being reinstated in that medical school or another one is almost nil."
>
> (Knight, 1973, p.83)

La structuration rigide de l'école médicale place l'étudiant dans une situation de stress où de sa capacité d'adaptation dépendra sa survie.

Les curriculums des écoles médicales américaines sont, à peu d'exception près, structurées de la même façon (Becker, 1961, p.50). Les deux premières années sont consacrées aux sciences de base telles l'anatomie, la biochimie, la physiologie, la pathologie, la pharmacologie et la microbiologie. Dans les deux dernières années, les étudiants sont initiés aux spécialités de la médecine telles la chirurgie, la pédiatrie, l'obstétrique, la gynécologie, la psychiatrie et d'autres.

Notre revue des textes permet d'affirmer que l'école dentaire nord-américaine typique offre le même profil que l'école médicale nord-américaine typique à deux exceptions près. D'abord, l'enseignement clinique en médecine se fait surtout dans les milieux hospitaliers et, d'autre part, le curriculum médical est couronné par une cinquième année dite de résidence; alors que l'enseignement clinique en dentisterie se trouve généralement institutionnalisé à l'intérieur des écoles et, que le curriculum dentaire de quatre ans n'est pas suivi par une année de résidence.

2.2 la poursuite des buts par les étudiants

L'étude de Becker "Boys in White", conduite au Kansas au début des années soixante peut, sur le plan de la méthodologie, être comparée aux études de Hawthorne. Les quatres auteurs - Becker, Geer, Hughes et Strauss en sont venus à la conclusion que la poursuite des buts de l'étudiant en médecine est directement reliée au lieu qu'il occupe dans l'école. D'autres études l'ont confirmé. En dentisterie, Sherlock (1969, 1972) et Vinton (1978) ont observé le même phénomène.

> "The problem is not one of selection since the students enter dental school with high sociocentric values. It is a question of the influence of the learning environment."
>
> (Vinton, 1978, p.256)

Ces différentes études reconnaissent que le candidat aux études professionnelles (du moins en ce qui concerne la médecine, la dentisterie et le Droit) arrive avec un idéal fort élevé de la profession et une volonté ferme d'altruisme. Quand soudain il se voit placé en situa-

tion d'apprentissage, dans l'engrenage sécurisant et inquiétant à la fois de la formation professionnelle institutionnalisée, ses buts se réajustent irréversiblement en fonction des exigences de l'école. Mais, les buts, donc, prennent une direction non voulue, non désirée et parfois contraire à celle que l'école a voulu donner.

Au cours de ses deux premières années, si on résume Becker, l'étudiant se rend compte qu'il ne peut pas tout apprendre de la médecine. Il en arrive à sélectionner les connaissances à choisir en fonction des examens et des examinateurs, tout en se disant qu'il reprendra ses idéaux sociocentrés quand il sera mis en présence d'êtres humains.

L'étudiant arrive en troisième année avec deux buts. Le premier: passer à travers l'entraînement clinique, sans avoir à reprendre son année; le deuxième: apprendre ce qu'il est nécessaire de connaître une fois devenu praticien (Becker, p.192). L'élève est devenu, en principe, un apprenti, mais, il assume d'abord le rôle d'étudiant plutôt que le rôle de praticien en devenir. Sherlock résume bien le processus:

> "As the (dental) student moves through training, he will pass through the roles of recruit, student, apprentice, and graduate into that of licensed practitioner."
>
> (Sherlock, 1972, p.61)

2.3 le jeu collectif des étudiants

L'expression "la sécurité dans le nombre" caractérise assez justement les règles du jeu que se donnent les étudiants dans l'école professionnelle. Becker remarque que les professeurs, entre eux, considèrent

les différents groupes d'étudiants comme des entités. Ainsi, ont-ils tendance à réifier les classes: "telle classe est brillante, telle autre manque de motivation; c'est la meilleure troisième (année) que j'ai eue, depuis dix ans" ,etc. Les professeurs, en réifiant, ne font que constater le jeu collectif des étudiants.

Dès le début de leur formation, les étudiants se voient contraints d'effectuer des choix en fonction des objectifs qu'ils se sont fixés et en fonction de la présence continuelle de leurs confrères. Ils doivent choisir ensemble où mettre l'accent dans la panoplie des sciences fondamentales qu'ils ont devant eux et trouver, ensemble, la manière dont il convient de se comporter devant les membres du corps professoral. Ils jouent pour gagner. Ces conditions sont suffisantes pour jeter les bases d'une "culture étudiante" précise et situationnelle qui conditionnera leur stratégie.

Sherlock qualifie ainsi ce phénomène d'intégration chez les étudiants dentistes:

> "The more pressure put on the students, ... the more the students band together and adopt a more-or-less antifaculty and antiprofessional outlook."
>
> (Sherlock, 1972, pp.108-109)

La communauté étudiante, dans les écoles professionnelles médicales et dentaires, possède tous les moyens de contrôle nécessaires à sa survie. Cela va jusqu'au contrôle par le groupe des efforts à faire ou à ne pas faire et jusqu'à la prévision des sanctions à prendre contre les déviants. Ce jeu collectif, comme le démontrent l'étude de Becker et d'autres semblables, est situationnel et varie selon la position du

groupe dans l'école. C'est ce qui explique qu'un groupe donné a un comportement différent d'un autre. La structure n'est pas la seule responsable; les acteurs y sont également pour quelque chose.

2.4 la culture étudiante

> "Formée d'un ensemble d'éléments de la vie psychique et mentale avec ses composantes affectives, cognitives, intellectuelles, relationnelles, elle (la culture) est instrument, elle est capacité que les individus acquièrent, utilisent et transforment en bâtissant et vivant leurs relations et leurs échanges avec les autres."
>
> (Crozier et Friedberg, 1977, p.179)

Il existe une culture étudiante au sens qu'en donne Michel Crozier. Cette culture trouve ses fondements dans la bureaucratisation de la formation en général (Parsons, 1973, pp.180-181). La culture étudiante médicale est d'autant plus forte que les programmes des écoles médicales et dentaires comptent parmi les plus structurés. C'est sous cet angle qu'il faut comprendre le terme de bureaucratisation.

La structuration à outrance crée du pouvoir (Crozier, 1963), condition essentielle pour le développement de l'autonomie. Et c'est de l'autonomie que naît la culture (Becker, 1961, pp.361-363).

L'exercice de cette autonomie rend les étudiants en médecine et en dentisterie particulièrement imperméables à la culture professorale. Les deux groupes de chercheurs (Becker, 1961; Sherlock, 1972) arrivent aux mêmes conclusions: l'école professionnelle, n'est pas un lieu d'acquisition de valeurs professionnelles; elle est un lieu de très haute technicisation. Les professeurs sont incapables de transmettre à leurs

étudiants les idéaux fondamentaux de la profession, encore moins certaines dimensions de ce qu'on pourrait nommer une culture ou une formation authentiquement universitaire.

3. Les nouveaux étudiants

3.1 La recherche de l'étudiant idéal

La recherche de l'étudiant idéal suppose une volonté de fournir à la société les meilleurs professionnels possible. Ainsi, le candidat brillant, sérieux, motivé, et possédant les meilleures qualités humaines devient-il cet individu tant recherché par les écoles professionnelles. Pour le trouver, celles-ci ont développé toute une série de critères d'admission plus ou moins stéréotypés.

Les candidats doivent répondre à un profil particulier, présenter un bon dossier académique et rejoindre aux attentes de l'école. En 1969 (Hughes, 1973, p.24), 89% des candidats admis en médecine détiennent un baccalauréat, dont déjà quatre années de post-secondaires ou d'études supérieures, auxquelles ils s'apprêtent à ajouter trois ou quatre autres années d'université pour un total de vingt ans de scolarité avant la pratique. Au Québec, plus précisément à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, près de cinquante pourcent des admis détiennent plus d'une année universitaire en sus des études collégiales. En 1974 (Carnegie Council, p.54), 91% des candidats admis dans les écoles dentaires américaines détiennent également un baccalauréat. Ces mêmes admis ont préalablement dû se soumettre à des tests d'entrée. Le

MCAT (Medical College Admission Test) pour les candidats en médecine (Knight, 197), p.227); le DAT (Dental Aptitude Test) pour les candidats en dentisterie. En Droit, le LSAT (Law School Admission Test) est obligatoire dans toutes les écoles accréditées de droit (Nairn, 1989, p.52).

Certaines écoles, surtout médicales, utilisent l'entrevue comme critère additionnel de sélection. "Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein" (seul un homme bon peut être un bon médecin).

On ne compte plus le nombre de chercheurs, le nombre d'agents sociaux de toute nature, qui critiquent les modes de sélection des écoles professionnelles. L'étude longitudinale de Sherlock démontre, à cet égard, que le DAT n'est, d'aucune façon, un prédicteur de performance académique mais un prédicteur de cynisme étudiant. Paradoxalement, plus le dossier académique du candidat est "fort", plus son sentiment d'éthique décroit pendant son stage à l'école dentaire. Sherlock démontre également que le test d'habileté manuelle "Carving", pour ceux qui l'ont réussi, n'est pas un prédicteur d'habileté clinique mais un prédicteur de capacité de résistance au stress.

Dans son étude récente sur les collèges américains, Lansing Lamont décrit la culture étudiante américaine de la décennie 1970. Ses conclusions étonnent. L'agitation étudiante des années 1960 n'est en rien comparable en intensité au traumatisme étudiant des années 1970. La guerre du Vietnam, la révolution sexuelle, l'incompréhension des professeurs, la surscolarisation et de nombreux autres facteurs ont provoqué, chez les étudiants de niveau collégial, donc post-secondaire ou universitaire, déjà dans l'enseignement supérieur, une course silencieuse,

effrénée et sauvage aux bonnes notes, dans le but de se bien placer devant les divers tests d'admission des écoles professionnelles.

Les étudiants en sont arrivés, selon Lamont, à institutionnaliser la tricherie et à considérer le plagiat collectif comme désirable et bon en soi. Serait-ce qu'entre 1965 et 1975, le taux des "A" a doublé à Berkeley; la moyenne à Stanford est devenue "A-" (A minus); à Harvard, 85% des diplômés "seniors" obtenaient un diplôme "cum laude" comparativement à 39% vingt ans plus tôt? Parallèlement, diverses pressions étaient exercés sur les professeurs trop pudiques: pressions sexuelles, pressions de groupe, menaces de recours aux tribunaux. Autre dimension, Lamont en arrive à se demander comment choisir parmi des candidats qui présentent des dossiers académiques à peu près semblables.

Récemment, Ralph Nader, (Nairn, 1980), rend publique une étude sur l'acuité des tests produits par ETS (Educational Testing Service) qui est responsable, entre autres, de tous les tests d'admission, ou à peu près, des écoles professionnelles dans le monde. Les conclusions de l'étude, là encore, rendent perplexe.

> "ETS aptitude tests on the average predict grades only eight to fifteen percent better than random prediction with a pair of dice."
>
> (Nairn, 1980, p.59)

Ralph Nader vient d'ébranler un empire. Le Chronicle of Higher Education le reconnaît (Fields et Jacobson, 1980, p.8). La Commission Angers avait-elle pressenti les conclusions de Nader quand elle a proposé de choisir les étudiants par la méthode du hasard simple ? (Angers, 1979, pp.29-35)

3.2 les limites de la sélection des candidats

Le problème de sélection des étudiants est lancinant. La solution échappe. Faudrait-il admettre tous ceux qui se présentent dans les divers programmes de formation professionnelle ? L'école professionnelle doit-elle continuer de répondre à un seul besoin d'équipement de la société ou doit-elle répondre aussi à un besoin de "consommation" de connaissances par les individus ?

Diverses études le démontrent: il y a déjà assez de médecins aux Etats-Unis et au Canada (Carnegie Council, 1976). Le dépistage de l'étudiant idéal, dans le but de transformer celui-ci en praticien professionnel, passe-t-il alors par une révision complète des modes d'admission ou par une restructuration de l'école ? Ou les deux à la fois ? Doit-on plutôt apprendre aux étudiants à mieux utiliser leur autonomie ? Doit-on changer les règles du jeu ou en transformer la nature ? Ces questions se posent quand on analyse la principale découverte de Becker:

> "The generalization (the most important that can be drawn from our work) is that subordinate groups in complex organizations tend to have considerably more power to determine the conditions of their existence and actions than the authority system of the organization formally allows and that they use this autonomy to develop systems of belief and action that may run counter to those their superiors desire."
>
> (Becker, 1961, p.362)

11. résumé

Nous avons vu, dans la première partie de ce chapitre, l'évolution des acteurs sous deux aspects: l'accroissement de ceux-ci et la diversification de leur rôle. Nous avons ensuite tenté de faire voir la structuration croissante du processus de formation professionnelle qui a résulté en plus d'autonomie chez les étudiants.

Dans la deuxième partie du chapitre, nous avons situé la position des étudiants et des professeurs face au programme, ce qui a entraîné une poursuite de buts distincts et parfois divergents des deux groupes. La structuration rigide des programmes a conduit les étudiants à jouer le jeu du collectivisme, base d'une culture étudiante autonome et différenciée face à celle de l'université en général dont, pourtant ils sont partie intégrante, à en croire le "discours" officiel.

Nous avons voulu enfin, dans la dernière partie, démontrer les faiblesses du processus d'admission des étudiants dans les écoles professionnelles, en mettant en parallèle le besoin d'équipement de la société et, le besoin de "consommation" de connaissances de ses membres.

Dans le prochain chapitre, nous allons tenter d'analyser le processus d'apprentissage dans l'école professionnelle à la lumière de l'école comme structure (objet du premier chapitre) et du jeu des acteurs dans l'école (objet du second chapitre).

CHAPITRE III

LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

1. Introduction

La notion d'action sociale constitue le point de départ de toute la théorie de Parsons (Rocher, 1972, p.44). Cette notion signifie que toute conduite humaine, individuelle ou collective, est motivée et guidée par les significations que l'acteur découvre dans le monde extérieur, significations dont il tient compte et auxquelles il répond. Dans la sociologie parsonnienne, le système d'action requiert trois conditions. La première est une condition de structure, la seconde implique la notion de fonction et la troisième a trait aux processus du système lui-même.

Deux grands processus contribuent à modifier les rapports acteur/environnement: ce sont l'activité et l'apprentissage. Le premier renvoie aux conduites par lesquelles l'acteur agit, fait quelque chose; le deuxième implique l'intériorisation de nouvelles connaissances, de nouvelles observations qui le modifient, même imperceptiblement; ce deuxième processus constitue l'objet du présent chapitre.

Après un bref historique du processus d'apprentissage au seul niveau de la formation professionnelle de premier cycle universitaire, nous allons le décomposer et en analyser les composantes par l'éclairage de l'école, prise comme structure, et des acteurs considérés selon la position qu'ils y détiennent et les atouts qu'ils possèdent. Nous envisagerons les nouvelles perspectives d'apprentissage qu'annoncent

certains paramètres d'évolution tels le coût de l'éducation, l'explosion des connaissances, la technologie, la clientèle étudiante, les attitudes sociétales nouvelles à l'égard de l'enseignement supérieur.

Pour conclure enfin que la formation professionnelle structure-acteurs-processus est une variable fondamentale dans le processus de professionnalisation.

1. L'évolution de l'apprentissage professionnel

1.1 l'enseignement sur le tas

Le processus d'apprentissage professionnel, jusqu'au milieu du dix-huitième siècle, se limite presque à la transmission d'un aura charismatique, d'individu à individu, à l'intérieur des guildes de type médiéval. En parallèle, à l'université, il existe un apprentissage disciplinaire (Droit, médecine) déductif, dogmatique, quasi philosophique. La transmission des connaissances aux futurs praticiens s'opère, par osmose, au contact de deux individus: l'apprenti et le maître. Le processus d'apprentissage est à sa plus simple expression. La dépendance qui lie l'apprenti au maître est totale; c'est la phase orale de l'apprentissage. Aucune structure ne vient formaliser le processus; la guilde ou corporation, les "Inns of Court" en Droit, ne viennent que constater un état de fait et protéger, par la fraternité, ceux qui se sont qualifiés.

1.2 L'introduction des cours

L'introduction des premiers cours formels comme compléments de l'apprentissage sur le tas marque le début d'une différentiation dans le processus de formation. L'apprentissage entre dans la phase de: la dépendance de l'élève au praticien, puis de l'élève à "l'enseignant", et s'accompagne d'un début d'autonomisation des principaux acteurs. La disposition à l'autonomie est encore imperceptible, mais déjà, dès le début des cours formalisés, des choix s'offrent pour le futur médecin, le futur avocat, le futur dentiste. Mais, la participation de l'élève demeure encore largement passive.

> "Lectures were to be heard, not read, and classroom discussion was, in the continental fashion, probably almost nonexistent."
>
> (Stolz, dans Ehrlich et Packer, 1972, p.353)

Le modèle demeure jusqu'à ce que des réformateurs voient la nécessité de placer les connaissances acquises sur le tas ou à l'intérieur d'un corpus scientifique plus intégré. Un de ceux-là écrit:

> (the student) "must Join Examples with Study, before he can sufficiently qualified to prescribe for the sick. For Language and Books alone can never give him Adequate Ideas of Disease, and the best methods of Treating them."
>
> (Bond, dans Flexner, 1910, p.4)

C'est, pour le médecin, le début de l'intégration scientifique des connaissances en milieu hospitalier, par la formalisation de l'apprentissage. Ainsi, le processus d'apprentissage devient-il dépendant de la capacité intégratrice des hommes. En d'autres termes, la perceptive

qu'ont les hommes de la connaissance scientifique dicte les nouveaux modes d'apprentissage. L'enseignement socratique s'installe en Droit au moment où Langdell met au point, à Harvard, la méthode des études de cas (Ehrlich et Packer, 1972,). Le Droit est enseigné "ex cathedra" et appris par coeur, selon qu'il est perçu comme un "ensemble de règles"; son apprentissage devient socratique et langdellien quand il est perçu comme un "système de principes", et enfin, s'ajoute un aspect "clinique" quand il est considéré comme un "ensemble de capacités et d'habiletés".

Il en est de même pour la dentisterie qui passe par les étapes de la mécanique dentaire, de l'art dentaire, de la chirurgie dentaire, puis de la médecine dentaire.

1.3 le développement de l'apprentissage

On reconnaît généralement trois grandes théories de l'apprentissage. Les deux principales sont la théorie S-R (Stimulus - Réponse) et la théorie cognitive. La troisième, s'inspirant des deux principales, est appelée communément la "psychologie de l'enfant".

La théorie S-R suppose qu'un organisme apprend à réagir, à faire quelque chose en réponse à un stimulus. La théorie cognitive soutient que l'organisme apprend en échangeant avec son environnement. La "psychologie de l'enfant" postule que l'apprentissage est déterminé par des processus physiologiques. Les deux premières théories sont expérimentales; la troisième est à base d'observations, méthode dont s'est servi, par exemple, Jean Piaget.

Peu d'ouvrages donnent une définition opérationnelle de l'apprentissage. Aucun n'en avait donné pour les fins de l'enseignement supérieur avant que la Commission Carnegie ne commandite une recherche sur la question: "Computers and the Learning Process in Higher Education". Rockart et Scott Morton, auteurs de la recherche, identifient cinq variables fondamentales au processus d'apprentissage:

1. les étapes à franchir dans le processus;
2. les caractéristiques du contenu d'apprentissage;
3. les caractéristiques de l'étudiant;
4. les caractéristiques du professeur;
5. le milieu d'apprentissage.

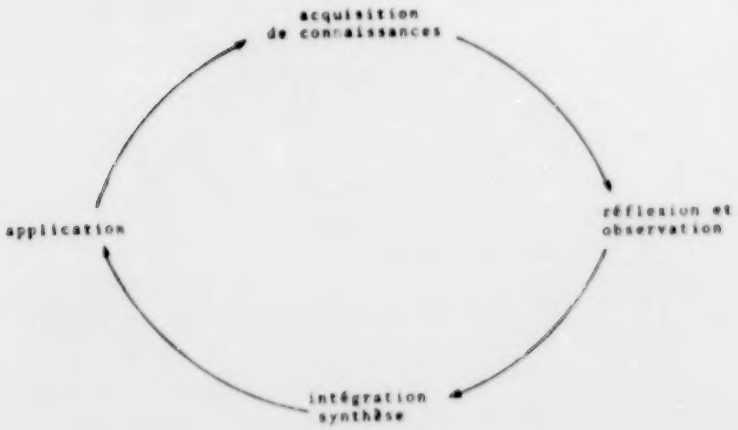
Nous avons traité de la cinquième variable (l'école en tant que milieu d'apprentissage) dans le premier chapitre et nous avons traité des atouts des acteurs (caractéristiques des étudiants et des professeurs) dans le deuxième chapitre. Restent les deux premiers groupes de variables identifiés par Rockart et Scott Morton. Ce sont les étapes à franchir dans le processus puis, les caractéristiques du contenu d'apprentissage.

les étapes à franchir dans le processus

Le processus, selon Rockart et Scott Morton implique d'abord l'acquisition par l'étudiant de connaissances de base que celui-ci ensuite, tapisse et intériorise par la réflexion et l'observation. La troisième étape est celle de l'intégration des connaissances ainsi fixées, dans un cadre conceptuel pré-existant et l'émission d'une nouvelle généralisation. Enfin, dernière étape du processus, l'étudiant applique ses nouvelles connaissances dans des situations nouvelles.

Tableau 4

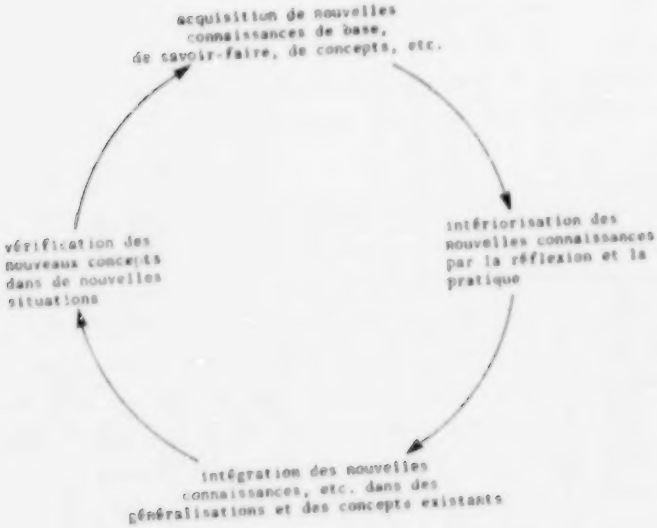
Les quatres étapes du processus d'apprentissage



Dans ce modèle, l'apprentissage est conçu comme un cycle de quatre étapes qui permettent de transformer l'expérience en de nouveaux concepts. Rockart et Scott Morton raffinent le modèle: dans la première étape, l'étudiant acquiert de nouvelles connaissances fondamentales, du savoir-faire, de nouveaux concepts, etc., qu'il intériorise par la réflexion et la pratique, au cours de la deuxième étape. L'étudiant, dans la troisième étape, intègre ces connaissances dans des généralisations et des concepts déjà existants. Enfin, l'étudiant vérifie ces concepts dans des situations nouvelles. L'enseignement supérieur se soustrait souvent à cette quatrième phase, sauf dans certaines écoles professionnelles où l'on crée un milieu artificiel de pratique. Le modèle devient le suivant:

Tableau 9

Un modèle d'apprentissage professionnel



les caractéristiques du matériel d'apprentissage

Le modèle de Rockart et de Scott Morton divise le matériel d'apprentissage en quatre catégories: 1- les faits et les définitions; 2- les habiletés (skills) et les procédures; 3- les concepts établis, et 4- les concepts frontières. La combinaison des deux variables étapes/matériel donne la matrice d'apprentissage suivante:

Tableau 6

Matrice d'apprentissage
de Rockart et de Scott Morton

Variable "étapes à franchir" →

Variable "matériel d'apprentissage" →

	acquisition	tamisage et intériorisation	intégration et généralisation	vérification et situations nouvelles
faits et définitions				
habiletés et procédures				
concepts établis				
concepts frontière				

Bockart et Scott Morton identifient par la suite les cinq principales techniques de support à l'apprentissage. Ce sont: 1- les cours; 2- les manuels; 3- les études de cas; 4- les travaux écrits et 5- les études de cas par suite d'investigation.

Les révolutions flexnérienne (pour la médecine et la médecine dentaire) et langdellienne (pour le Droit) ont contribué à cristalliser l'apprentissage professionnel dans une structure rigide que la matrice de Bockart et de Scott Morton permet, non pas peut-être d'expliquer, mais au moins de mieux cerner.

En effet, dans les écoles professionnelles de médecine et de médecine dentaire, on voit fort bien que les quatre étapes du processus d'apprentissage sont bien franchies. La création ou l'utilisation de cliniques intra-muros ou hospitalières permet à l'étudiant de vérifier les connaissances acquises, intériorisées et intégrées, ce qui n'est normalement pas le cas dans les facultés des arts et sciences, par exemple, puisqu'elles ne sont pas "professionnelles". D'autre part, l'utilisation de concepts établis, non discutables, joue une part importante dans la formation professionnelle du premier cycle universitaire, tandis que les études de cas, de conception typiquement américaine, constituent une dimension de la formation en Droit et, plus récemment, en administration et gestion.

1.4 L'évaluation du processus

De nombreux auteurs encore (Ehrlich et Packer, 1972; Schein, 1972; Becker, 1961; Hughes, 1971; Merlock, 1972) ont montré les failles de

l'apprentissage formalisé actuel. Woodard écrit:

> "When scientist turn from theory and try to make their science practical and useful, they become "applied-scientists"or "technicians", which is precisely what legal scholars have increasingly become since 1930. This is my reason for saying that legal education has been transformed in the twentieth century, from an inductive science based on the case method, into an applied science based on practical considerations."
>
> (dans Ehrlich et Packer, 1972, pp.361-362)

Cette affirmation, toutes proportions gardées, s'applique à la formation médicale (Becker, 1961; Hughes, 1973) comme à la formation dentaire (Sherlock, 1972), mais, pour des raisons différentes.

Le milieu artificiel (4e étape dans le modèle de Rockart et Scott Morton) dans lequel évolue l'étudiant en médecine ou en dentisterie, est plus ou moins éloigné de la réalité concrète. La rigidité de la séquence d'apprentissage, paradoxalement, crée une autonomie que l'étudiant tend à utiliser de façon contreintuitive (encore au sens de Boudon). La surutilisation des concepts établis rend autarciques les programmes professionnels tandis que la convergence entre les sciences de base et les sciences cliniques est trop souvent liée aux exigences de la pratique professionnelle. Schein résume:

> "the norms of the professions and the growing base of basic and applied knowledge have become so convergent in most professions that it is difficult for innovations to occur in any but the highly specialized content areas at the frontiers of the profession."
>
> (Schein, 1972, p.59)

2. Les sous-processus de l'apprentissage professionnel

2.1 la motivation

Le concept de motivation dans son sens le plus strict ne s'applique pas à un système, ni à un groupe d'individus, mais plutôt à un seul acteur à la fois. Parsons et Crozier, ici, se rejoignent.

> "...le fondement de toute action reste la motivation de l'acteur, et son objectif la satisfaction de celle-ci."
>
> (Crozier et Friedberg, 1977, p.368)

L'acquisition de nouvelles connaissances, de dextérité, d'attitudes professionnelles, implique la conversion d'une structure de pensée préexistante et d'action en un ensemble de capacités nouvelles. L'école, par son programme, crée des besoins que l'étudiant apprend à satisfaire: besoin de se compétentiser, de se techniciser, de se professionnaliser, de s'autonomiser. Dans une telle perspective, le concept central demeure la concordance entre le programme professionnel et le processus de satisfaction des besoins nouveaux de l'étudiant. On ne retrouve pas ici le déterminisme simple véhiculé par le modèle des Besoins hiérarchisés de Maslow. Le poids du curriculum, la culture étudiante, obligent à des compromis, forçant les étudiants à tricher avec leurs propres objectifs, comme l'ont démontré les travaux de Becker, de Sherlock et comme l'explique toute la théorie crozié enne.

Dès son entrée à l'école professionnelle, l'étudiant voit sa structure motivationnelle réorganisée en fonction, non seulement des nouvelles connaissances acquises, mais également en fonction des oppor-

tunités que ne manque pas de créer la structuration du curriculum. En d'autres termes, les impératifs séquentiels d'apprentissage dans les professions établies, ont pour résultat de modifier les motivations des candidats à la pratique professionnelle. Les motivations intrinsèques d'idéalisme cèdent la place aux motivations situationnelles.

2.2 La compétentisation

La formation professionnelle moderne, contrairement à la formation clinique pré-flexnérienne, vise d'abord à donner aux étudiants une base solide en sciences fondamentales. Les deux premières années des programmes médical et dentaire y sont, de façon générale, exclusivement consacrées. L'étudiant apprend les fondements théoriques des sciences de la santé, effectue des vérifications en laboratoire, puis intègre les connaissances ainsi acquises dans une structure conceptuelle nouvelle. Il doit alors intérioriser un ensemble de connaissances jugées par l'école fondamentales et préalables à toute application pratique. L'école lui fournit tout ce dont il a besoin pour atteindre le niveau de compétence académique et expérimentale requis avant d'être placé dans le contexte "du plancher des vaches", c'est-à-dire, celui de la réalité quotidienne. C'est dans cette phase de l'apprentissage que l'étudiant commence à se professionnaliser.

Pendant cette phase de compétentisation, l'étudiant apprend à l'aide d'objet inanimés. "Mortui vivos docent": le cadavre devient le compagnon du "freshman" et du "sophomore". Le mort, docilement, lui révèle ce qui, quelques années auparavant, était encore des mystères. Le cadavre satisfait les besoins d'apprentissage de l'étudiant et

devient ainsi objet de motivation "per se"; et souvent aussi, idéal de patient parce qu'il en constitue le premier modèle.

En médecine dentaire, le cadavre est remplacé par le mannequin. Le futur dentiste se familiarise avec l'anatomie tête et cou, l'anesthésiologie, la biochimie, l'histologie, la médecine buccale, la microbiologie, la nutrition, la pathologie, la pharmacologie et la physiologie. Parfois aussi avec d'autres sciences fondamentales connexes comme la psychologie ou la sociologie. En laboratoire, on laisse peu de place aux "actes de foi"; l'étudiant doit tout expérimenter pour en arriver, après observation et réflexion, à une capacité de généralisation.

Les connaissances acquises par des cours et par l'expérimentation en laboratoire préparent ainsi l'étudiant à affronter, pendant deux autres années, de vrais patients dans le but d'améliorer sa performance professionnelle.

2.3 la performance clinique

Ce n'est généralement que dans la troisième année de son programme que l'étudiant, en dentisterie ou en médecine, est mis en présence de patients. Dans cette phase de son apprentissage, le futur dentiste est appelé à développer des habiletés opératoires et des habiletés de jugement. En d'autres termes, l'étudiant apprend à effectuer des traitements, mais aussi à savoir poser le bon diagnostic devant une situation précise. Le "malade" est à la fois objet de soins et objet d'enseignement. Il est le patient et le spécimen de l'étudiant, mais demeure le

client et le laboratoire de l'école.

L'étudiant, pendant les deux dernières années de son cours ("junior-senior") sera amené à poser un certain nombre de gestes sur son patient, gestes dont la séquence et le nombre seront dictés d'abord par les exigences du curriculum. Ainsi, le futur dentiste pratiquera sur patients les techniques de l'anesthésie, de la chirurgie, de la dentisterie opératoire, du diagnostic, de l'endodontie, de l'orthodontie, de la pédodontie, de la périodontie, de la prothèse complète, de la prothèse partielle amovible, de la prothèse partielle fixe, de la radiologie et de la prévention. Il apprendra aussi toutes les propriétés des matériaux dentaires. Et l'école, par son bassin de clients, lui fournira les patients pertinents au moment opportun.

Si on se reporte au modèle de processus d'apprentissage retenu et reproduit au Tableau 5, la phase de performance clinique se situe à la fin du cycle. L'étape terminale

> "is a phase at which the cycle is often broken in formal, university level education ... Stage 4 is clearly more often reached .... in courses allowing access to a pseudo real-world environment."
>
> (Rockart et Scott Morton, 1975, p.21)

Et c'est là une des caractéristiques fondamentales de la formation professionnelle médicale ou dentaire depuis Flexner: l'expérimentalisation clinique se fait dans un milieu artificiel fortement structuré et relativement clos.

2.4 La socialisation de l'étudiant

Le phénomène de la socialisation de la personnalité est un concept central dans la sociologie personnienne (Rocher, 1972, p.155). La personnalité se structure, se modifie principalement par ses rapports avec un environnement socio-culturel donné. Il en va ainsi dans le processus de modification de la personnalité de l'étudiant en dentisterie ou en médecine, au fur et à mesure qu'il progresse dans le programme de formation. Il semble admis que la socialisation de l'étudiant est un processus qui se développe indépendamment de toute intervention moralisatrice de la part du personnel enseignant. En dentisterie, les étudiants intériorisent les valeurs de groupe davantage que les messages de professionnalisme qui leur sont livrés ponctuellement. La pression du groupe est énorme et, pour plusieurs raisons. Hughes en donne une explication:

> "During the period of formal training, medical students are relatively isolated - physically, socially, intellectually, and psychologically."
>
> (Hughes, 1973, p.85)

Les travaux consultés sur la formation dentaire indiquent que cette situation s'applique de façon encore plus prononcée chez les étudiants en dentisterie. Sherlock, par exemple, a observé la formation de sous-groupes chez les étudiants des écoles dentaires.

> "Quite simply put, students (in dentistry) actively incorporate professional values to the extent that they are congruent with their own values and with those of the clique to which they belong."
>
> (Sherlock, 1972, p.106)

C'est alors que les futurs dentistes adoptent des comportements de groupe dictés par les impératifs du moment. Les étudiants adoptent

ainsi un certain nombre de valeurs qui n'ont parfois rien à voir avec les valeurs professionnelles traditionnelles que l'on retrouve dans tous les codes de déontologie.

3. Quel type d'apprentissage professionnel ?

3.1 quelques paramètres évolutifs

Les lignes de force qui se manifestent dans le contexte de l'université, et de l'enseignement supérieur en général, affectent tout autant les écoles professionnelles universitaires. Les coûts de la formation professionnelle, l'explosion des connaissances, la technologie, la population étudiante, les attitudes de la société envers la notion de service, sont autant de paramètres annonciateurs de changement à court, moyen et long termes dans le processus d'apprentissage. Gardons ici, en mémoire, les cinq grandes variables du champ de l'apprentissage: 1- les étapes du processus, 2- le matériel d'apprentissage, 3- les caractéristiques de l'étudiant, 4- les caractéristiques des professeurs, et 5- l'école.

- <u>les coûts de la formation</u>

Que les coûts per capita de formation d'un médecin ou d'un dentiste comptent parmi les plus élevés ne demande plus à être démontré. Les frais de laboratoire, les équipements coûteux, la nécessité d'auxiliaires en clinique, les ratios d'encadrement professeur/étudiant font que, par exemple, il en coûte au Québec six fois plus pour former

un dentiste qu'un administrateur (Office des Professions, La formation des professionnels, 1979, p.16). Il est pourtant admis que les écoles dentaires manquent de fonds.

> "The Carnegie Commission believes that medical and dental education are critically underfunded."
>
> (Carnegie, 1970, p.61)

Pourtant, six ans plus tard, le Carnegie Council reconnaît:

> "There is a grave danger that recent attacks on the advancement of knowledge in modern medecine - notably that of Illich (1976) - may lead to a decline in federal support of medical research."
>
> (Carnegie Council, 1976, p.12)

Il semble évident que les coûts croissants de la formation professionnelle, particulièrement dans les sciences de la santé, conduisent à la réévaluation de l'école professionnelle, du moins dans sa forme actuelle et, partant, du mode d'apprentissage lui-même.

- <u>l'explosion des connaissances</u>

Il n'est déjà plus possible, même dans les programmes convergents comme ceux de médecine dentaire, de suivre le développement quasi exponentiel des connaissances. Il l'est encore moins dans les programmes divergents. L'évidence impose de prévoir un processus permanent de révision des cours à donner de façon à ce que les connaissances les plus à jour et les plus pertinentes soient mises à la disposition des étudiants. L'ouverture aux sciences connexes demeure une priorité pour la médecine et la médecine dentaire, selon la Commission Carnegie (Carnegie, 1970, p.65). Il faut cependant, ajoute-t-on, réduire le

temps de formation en médecine, en dentisterie et en Droit.

Réduire quand il faut d'autre part s'ouvrir aux sciences connexes et suivre le développement des connaissances paraît paradoxal. Utopie de chercheurs ou annonce d'un retour à la formation désinstitutionnalisée ?

- la technologie

La technologie est liée au matériel d'apprentissage dans les champs de la dentisterie et de la médecine en général. En dentisterie, plus particulièrement, l'apprentissage clinique est fortement dépendant du développement de l'instrumentation et des matériaux. L'évolution de la technologie dentaire depuis un siècle parle d'elle-même. Les perspectives de développement du traitement par rayons laser, la découverte toujours possible d'un vaccin anti-caries, l'éventualité de la rétention chimique des matériaux à la dent, sont autant de facteurs susceptibles de modifier l'enseignement clinique. L'utilisation plus rationnelle de l'audio-visuel, la compilation des actes posés et leur planification à l'aide de l'ordinateur demeurent des avenirs à explorer.

- la population étudiante

Le phénomène de déclin de la population étudiante risque peu d'affecter les contingentements en dentisterie et en médecine. Cependant, la baisse du nombre de candidats peut entraîner une réévaluation des critères de sélection. Cela, ajouté à la féminisation croissante des admis annonce un changement de profil de l'étudiant type (Constandriopoulos, 1980). Ce qui ne manquera pas d'avoir des conséquences

sur la culture étudiante et, partant, sur les attitudes et attentes face à l'apprentissage professionnel.

- les attitudes sociétales

Le fait de posséder un diplôme n'est plus une garantie automatique de promotion sociale ni même d'assurance d'emploi. On mentionne (Lamont, 1979, p.48) que moins de 20% des 35 000 docteurs de troisième cycle (ph.D.), produits annuellement aux Etats-Unis, arrivent à trouver un emploi lié à leur champ de connaissances. Ce phénomène ne s'observe pas encore en dentisterie ni en médecine bien qu'il y ait déjà suffisamment de médecins et de dentistes aux Etats-Unis (Carnegie Council, 1976). Les attitudes de la population à l'égard des programmes professionnels ont sensiblement évolué. On dénonce, à la fois, les coûts de formation et les coûts des services donnés par les professionnels. On remet aussi en question la pertinence de l'enseignement donné.

> "Students, and many parents, have increasingly questionned the relevance of most education to the real world."
>
> (Rockart et Scott Morton, 1975, p.202)

Cette remarque de Rockart est destinée à la formation en général mais s'applique tout autant à la formation professionnelle. La Commission Carnegie proposait ainsi aux écoles médicales et dentaires d'atteindre, avant 1980, l'objectif suivant :

> "Changes in medical and dental education so that they are more responsive to the expressed needs of students and more concerned with problems of delivery of health care."
>
> (Carnegie, 1970, p.99)

3.2 les obstacles au changement

Mais, on ne modifie pas à volonté la façon de former les futurs membres d'une profession déjà établie: le processus est trop complexe et il faut peser sur trop de facteurs à la fois. Si les auteurs s'entendent assez bien sur la nécessité de revoir, dans les écoles professionnelles universitaires, les contenus d'enseignement et, parfois même, la mécanique d'apprentissage, peu d'entre eux présentent des éléments de solution, voire des stratégies de changement. Le consensus demeure autour de l'idée d'une meilleure adéquation aux besoins de la société mais de plus en plus de gens, comme l'écrit Watkins, commencent à croire que les programmes professionnels ont peu d'influence sur les modes d'organisation des futurs praticiens (Watkins, 1980, p.1).

Pour un nombre croissant d'auteurs, l'école professionnelle est un lieu de transmission d'un savoir-faire de plus en plus hautement technique, lieu qui s'avère également peu propice à l'acquisition par les étudiants de connaissances ou de valeurs susceptibles de les aider à maîtriser ultérieurement leur environnement de travail. L'excès de "bureaucratisation" dans la formation professionnelle viendrait ainsi distordre et appauvrir le processus d'apprentissage.

11. résumé

Nous avons vu dans la première partie de ce chapitre comment a évolué le processus d'apprentissage professionnel principalement par rapport aux écoles dentaires et médicales. L'introduction de cours

formels a contribué à transformer l'apprentissage sur le tas en un apprentissage formel de type flexnérien. Ce modèle, qui a connu ses heures de gloire pendant la première partie du vingtième siècle, n'a pas su, selon les auteurs consultés, s'adapter aux besoins nouveaux de la société.

Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous avons tenté de mettre en évidence quatre aspects fondamentaux du processus d'apprentissage: 1- la motivation situationnelle des étudiants; 2- la compétentisation convergente par les sciences fondamentales; 3- la performance opératoire et diagnostique en milieu artificiel et 4- la socialisation auto-centrée des étudiants.

Nous avons enfin fait état des lignes de force qui agissent sur le processus d'apprentissage. Nous avons retenu les coûts de la formation professionnelle, l'explosion des connaissances, la technologie, la population étudiante et les attitudes sociétales. Ces paramètres d'évolution, selon les auteurs consultés, poussent le processus d'apprentissage à quitter l'axe du ponctualisme pour s'inscrire dans l'axe de la formation continue.

RESUME DE LA PREMIERE PARTIE

La première partie de ce travail consistait à donner une problématique de la formation professionnelle de niveau universitaire dans le milieu dentaire et médical. Pour ce faire, l'utilisation du schéma de référence de l'analyse stratégique a permis de découper la variable "formation professionnelle" en trois tranches correspondant à autant de chapitres: 1- l'environnement (la structure); 2- les individus qui y vivent (les acteurs) et 3- le mode d'apprentissage (le processus).

La grille d'observation - historique - sociologique - prospective - a permis d'analyser la formation professionnelle de niveau universitaire et de lui donner un certain sens, base d'une première généralisation en même temps que d'une première hypothèse.

La première généralisation est à l'effet que la formation professionnelle dentaire a évolué dans le sillon de la formation professionnelle médicale et qu'elle offre, toutes proportions gardées, des caractéristiques assez identiques. La structure des deux curriculums, la convergence entre sciences fondamentales et sciences cliniques, le développement d'une culture étudiante autonome et intense, l'apprentissage en milieu artificiel, sont autant de facteurs de rapprochement.

D'autre part, de nombreuses évidences portent à émettre l'hypothèse que, tant en dentisterie qu'en médecine, la formation professionnelle, bien que variable fondamentale, ne constitue pas l'unique variable dans le processus de professionnalisation. D'autres variables, hors du contrôle de l'école, semblent jouer sur le processus. Nous examinons dans

la deuxième partie de ce travail une deuxième variable, la pratique professionnelle, que nous posons selon ses trois axes et que nous observons à l'aide de la même grille que précédemment.

DEUXIEME PARTIE

LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

1. Introduction

Le développement et la maîtrise d'un art, d'une science ou d'une technique ainsi que le processus de transmission des connaissances et des habiletés pertinentes constituent le fondement de la première partie de cette recherche. Dans la deuxième partie, nous donnons une problématique d'application des connaissances professionnelles ainsi que du processus d'organisation des individus qui exercent cet art ou cette technique. Toujours dans le contexte précis de la médecine dentaire mise en parallèle avec la médecine.

Les trois chapitres constituant cette partie qui traite de la pratique professionnelle traitent respectivement du mode d'organisation de la profession dentaire, d'une analyse du jeu des acteurs dans un cabinet professionnel et, enfin, du processus de distribution des soins dentaires.

Les trois prochains chapitres constituent l'analyse d'un processus, à partir d'une structure (le cabinet professionnel) et des atouts des acteurs qui y vivent, c'est-à-dire, le praticien et son client. Nous empruntons la grille historique, sociologique et prospective dans chacun des chapitres, prolongeant ainsi la méthodologie empruntée dans la première partie.

CHAPITRE IV

LE CABINET DENTAIRE

1. introduction

L'objet du présent chapitre est de définir, à l'aide de la grille d'observation, le contexte dans lequel sont appliquées les connaissances professionnelles en médecine dentaire. Nous examinons dans la première partie de ce chapitre le contexte évolutif de la profession de dentiste en identifiant les lignes de force qui influent sur le cabinet professionnel dentaire. Cet examen nous amène aux origines de l'organisation de la profession dentaire jusqu'à aujourd'hui.

Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous analysons les différents modes de pratique dentaire, de la pratique individuelle à la pratique de groupe. Nous voyons ensuite les objectifs poursuivis par les dentistes dans leur cabinet, pour dégager, dans un troisième temps, les modes d'intégration de cette pratique professionnelle et leur signification, pour conclure sur l'émergence de nouveaux besoins face aux modes traditionnels de pratique dentaire.

La deuxième partie du chapitre brosse un tableau des perspectives d'avenir de la profession dentaire telles qu'envisagées par les auteurs ainsi que des facteurs qui empêchent les changements envisagés.

1. La profession dentaire

1.1 La période préprofessionnelle

La pratique dentaire est demeurée un acte modeste, simple et quasi immuable de l'origine connue des hommes jusqu'au dix-septième siècle. Carr-Saunders écrit dans son histoire des professions :

> "Dentistry is, in fact, remarkable among professions for the relatively very long interval which elapsed between the development of the art and the organization and recognition of its practitioners".
>
> (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.107)

Cette longue phase peut être considérée comme la phase de la mécanique dentaire. La pratique dentaire consistait presque exclusivement à extraire les mauvaises dents et était normalement dévolue aux chirurgiens et aux barbiers. "Shaving and tooth-drawing went together" (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.107). C'est ainsi qu'en 1540, chirurgiens et barbiers s'associent dans une guilde commune en Angleterre. Alors qu'à la même période, en France, Paré, un chirurgien-barbier jette les premiers jalons de la science dentaire, Ryff publie en allemand, en 1540, le premier volume sérieux sur la dentisterie. Pendant deux siècles, le leadership est assumé par les français (Gies, 1926, p.28; Riland, 1963, p.21), soit jusqu'à la Révolution française de 1789. Ainsi, Fauchard publiait en 1728 le premier ouvrage complet en dentisterie: "Le chirurgien-dentiste ou traité des dents".

En 1745, l'association en Grande-Bretagne entre chirurgiens et barbiers prend fin (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.75). Les premiers

se joignent aux médecins alors que les seconds arrivent à peine à survivre. Le leadership en dentisterie ne sera transposé que beaucoup plus tard dans les treize colonies américaines.

> "Dentistry in the United States, before the Nineteenth century, was a weak reflection of dental practice in the mother countries of the respective colonial groups, and was practised by an occasional physician or surgeon, many barbers and mechanics and an increasing number of charlatans."
>
> (Gies, 1926, p.28)

La dentisterie américaine était pratiquée, pendant l'ère coloniale tantôt comme un commerce par les barbiers, tantôt comme un à-côté par des forgerons, des perruquiers, des graveurs (Hiland, 1963, p.21). Le champ de pratique était ouvert à tous et exigeait peu ou pas de formation. La dentisterie loge, à cette époque, à l'intérieur des métiers en Amérique comme en Europe.

1.2 L'émergence de la profession dentaire

Les débuts du processus d'organisation des dentistes furent difficiles. Carr-Saunders et Wilson expliquent que le petit groupe d'hommes instruits, qualifiés en médecine ou en chirurgie, qui s'adonnaient à la pratique dentaire, se considéraient d'abord comme des chirurgiens pratiquant la dentisterie comme une de leurs activités plutôt que comme dentistes. Puis, aux Etats-Unis, sous l'impulsion de dentistes de l'armée française, au moment de l'indépendance américaine, la dentisterie entre dans la phase de l'art dentaire.

> "The succession of important developments in the methods of practice throughout this period (1780-1840) improved

public appreciation of dentistry as an art ..."

(Gies, 1926, p.32)

En 1840, des praticiens dentistes de première qualité fondent "l'American Society of Dental Surgeons", un an après la fondation du premier journal dentaire, le "American Journal of Dental Science". Cette même année voit la création de la première école dentaire à Baltimore. Les années subséquentes voient la naissance de plusieurs associations qui deviendront, en 1922, "l'American Dental Association".

En Angleterre, des dentistes-barbiers qui s'étaient dissociés des chirurgiens en 1745, mènent une lutte vigoureuse pour réglementer la pratique dentaire. Avec des chirurgiens pratiquant la dentisterie, ils obtiendront que le 'Dentists Act' soit promulgué en 1878, et que la "British Dental Association" soit fondée en 1880.

> "Thus after a century and a half, a delay unparalleled in the history of the professions, the dentists overcame the difficulties, inherent in the close connexion with medicine on the one hand and commercialism on the other, and become recognized as a profession."
>
> (Carr-Saunders et Wilson, 1933), pp.109-110)

Au Canada, les dentistes s'organisent dans la même foulée: tout naturellement, notre triple "généalogie" française, britannique et américaine, joue à plein. Déjà, en 1892, toutes les provinces canadiennes ont une loi régissant la pratique dentaire (Harris, 1976, p.178). L'année 1902 voit la création de la Canadian Dental Association (Gies, 1926, p.37).

La profession dentaire, en Grande Bretagne, aux Etats-Unis, au Canada, émerge donc dans la deuxième partie du dix-neuvième siècle.

1.3 Le développement de la profession dentaire

La dentisterie arrive au rang de profession établie au moment où la formation dentaire entre sous le parapluie de l'Université. L'affiliation des écoles dentaires aux universités, processus amorcé en 1867 par l'école dentaire de Harvard (Gies, 1926, p.41), ramène la formation dentaire au rang de la formation médicale. Le "Dentists Act" de 1921, en Angleterre, ainsi que le Rapport Gies, en 1926 aux Etats-Unis et au Canada, couronnent à la fois l'autonomie de la pratique dentaire et son statut professionnel reconnu. "The Act (1921) completely and effectively closed the profession" (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.114).

> "The dental graduate should be the peer of the medical graduate in all important personal attributes, and in professional capability."
>
> (Gies, 1926, p.237)

C'est ainsi que par son fondement médical, l'"art" dentaire se transforme en "chirurgie" dentaire. Le développement des équipements et des matériaux changent radicalement la nature de la pratique dentaire en la confinant dans un milieu physique précis: le cabinet dentaire. On passe d'un coin de la foire du vendredi, sur la grande place, au discret bureau aseptisé. Indépendante de la médecine, hors du monde des professions paramédicales, la dentisterie devient la deuxième profession, selon la thèse de Basil Sherlock.

> "In its current position in the occupational prestige structures, dentistry may be justifiably called 'the second profession' --"
>
> (Sherlock, 1969, p.42)

1.4 la profession dentaire d'aujourd'hui

L'étude comparative de Akers, en 1968, démontre que :

> " --- the dental profession is more tightly organized than the medical, i.e., it is more cohesive, has greater professional unity and its major association is structurally integrated to a higher degree."
>
> (cité par Sherlock, 1972, p.15)

La profession dentaire, en effet, est parmi toutes les professions celle qui a fait les plus grands pas dans la voie de la professionnalisation. Sherlock remarque que la dentisterie a conservé cette autonomie que la médecine et le droit ont perdue dans une large mesure. Si, aujourd'hui, les médecins et les avocats deviennent de plus en plus des individus d'organisation, les dentistes, quant à eux, conservent une marge d'individualité professionnelle plus grande.

Enfin, les années récentes ont donc vu la "chirurgie" dentaire se transformer en "médecine" dentaire. Paul Simard écrit :

> " --- le dentiste de demain devrait être un praticien de la médecine buccale. Il importe donc que sa formation soit la plus complète possible en pathologie, en diagnostic et en pharmacologie, pour ne citer que ces disciplines, afin que son comportement soit bien celui d'un médecin dentiste bien au fait de la corrélation entre la santé générale et la santé bucco-dentaire."
>
> (Simard, 1977, p.26)

Déjà, d'ailleurs, quelques écoles dentaires nord-américaines ont abandonné l'appellation "chirurgie" au profit de "médecine". On distingue là peut-être une volonté de la part de ces écoles dentaires de dépasser le seuil d'une certaine passivité - celle de la chirurgie - face à la

santé dentaire. Carr-Saunders écrit que la différence la plus importante entre la médecine et les autres professions réside dans la capacité (ou la prétention) de celle-ci à diagnostiquer.

> "In other professions, there is relatively little diagnosis, the client himself takes the preliminary steps and comes to the practitioner for treatment."
>
> (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.105)

En moins d'un siècle, la dentisterie passe d'un métier souvent méprisé par beaucoup à une profession libérale dont le statut perçu, dans les professions de la santé, n'est dépassé que par celui de la médecine. Ce développement prodigieux n'aura d'égal que l'agrandissement de l'écart entre l'accroissement des atouts du praticien dentiste et le maintien des attitudes retardataires de la population en général vis-à-vis de la dentisterie.

2. Une analyse du cabinet dentaire

2.1 le cabinet dentaire et son environnement

Les relations du dentiste praticien avec le milieu s'expriment dans une structure relativement simple: celle du cabinet dentaire. A sa sortie de l'université, le dentiste érige pignon sur rue. Il organise son milieu de travail selon un modèle désormais classique. Son premier geste consiste à choisir le lieu géographique de son cabinet. Cela fait, il équipe ses locaux d'un nombre restreint de fauteuils, de un à trois, aménage une salle d'attente traditionnelle, fait une provision d'instrumentation et de matériaux, aménage un laboratoire, procède à

l'engagement d'auxiliaires dentaires, puis attend que la clientèle sonne à sa porte.

Ce mode d'organisation typique du dentiste a su intégrer, sans trop se modifier, l'avancement de la technologie, l'explosion des connaissances. Il fait face maintenant à des changements sociaux. Tryon souligne que l'organisation dentaire est demeurée un "cottage industry" à cause principalement du contrôle excessif que la profession dentaire exerce sur les modes de pratique ainsi que de l'insouciance culturelle des consommateurs à l'endroit des soins dentaires en général. Tryon écrit :

> "The social and cultural forces which have shaped the present dental care delivery system have produced a system in which fee-for-service solo practice predominates."
>
> (dans Jerge, 1974, p.48)

Ainsi, le dentiste négocie avec son environnement par un cabinet de pratique individuelle, même si, toutefois, depuis 1950 on observe un phénomène de regroupement de dentistes. Selon une enquête menée en 1971, par le U.S. Public Health Service (Brusseau, 1971), entre 3% et 5% des dentistes américains oeuvrent à l'intérieur d'une forme quelconque de pratique de groupe (3 dentistes et plus). Cependant, cette même enquête révèle également une tendance croissante de dentistes à s'associer, à deux, dans un cabinet où l'on partage, de façon variable, certains frais d'opération ainsi que les services de certains auxiliaires, ce qui se rapproche davantage de la pratique individuelle que de la pratique de groupe.

2.2 le rôle du cabinet dentaire

L'application des connaissances et des techniques dentaires ne requiert habituellement pas les équipements propres aux milieux hospitaliers.

> "... dentists are not currently functioning in the role of stomatologist on the medical care team".
>
> (Tryon, dans Jerge, 1974, p.37)

Le mode de distribution des soins dentaires est donc relativement peu affecté par ces paramètres évolutifs qui ont considérablement transformé, par exemple, le mode de distribution des soins médicaux. La structuration simple du cabinet dentaire vise tout simplement à rehausser la qualité des soins rendus et à répondre efficacement à la demande de services, sans que l'évolution sociale du fonctionnement des autres professions médicales l'ait encore tellement marqué.

Le cabinet dentaire est ainsi le lieu où le dentiste, grâce au savoir faire et aux valeurs professionnelles acquis à l'école, poursuit l'objectif de qualité dans les soins qu'il rend à sa clientèle. C'est ici que le dentiste articule ce qu'il est convenu d'appeler, dans le jargon dentaire, une "philosophie de pratique".

Ensuite, l'organisation du cabinet dentaire répond à un deuxième objectif, celui de l'efficacité professionnelle. La définition que l'Association dentaire américaine (ADA) retient pour qualifier l'organisation d'un cabinet de groupe (deux dentistes et plus), réflète ce souci d'efficacité :

> a group practice is "that type of dental practice in

> where dentists sometimes in association with members of other health professions agree formally between themselves on certain central arrangements designed to provide efficient dental health service."
>
> (Green, 1972, p.245)

2.3 L'intégration des objectifs dans un cabinet dentaire

L'intégration des objectifs de qualité et d'efficacité dans un cabinet dentaire obéit, selon toute évidence, aux principes de la division du travail décrits par Durkheim (Durkheim, 1930). La recherche de la qualité dans les services et de l'efficacité dans la mécanique de distribution de soins fait apparaître le côté "entreprise" du cabinet dentaire. Cette réalité semble constituer la variable déterminante du processus d'organisation de ce dernier, quelle qu'en soit la forme ou la dimension. Les travaux de Jorge, Brusseau, Barkley, Cohen (1971), Sherlock, pour n'en citer que quelques-uns, conduisent à cette observation.

Tryon évalue à 91% le nombre de dentistes américains couvrant en pratique privée (Jorge, 1976,, p.42). Robert O'Shea, après avoir effectué une analyse exhaustive des statistiques publiées par l'ADA, sur les modes de pratique dentaire, décrit ainsi le dentiste américain typique :

> "the typical dentist in the United States, who is in private practice, is 45 years old, a general practitioner with a two-chair office. He employs 1.2 dental assistants, .4 receptionists and .2 hygienists in this office and serves 1257 people per year who visit him on average 2.7 times."
>
> (dans Cohen, 1971, pp.150-151)

Malgré sa taille modeste, le cabinet dentaire peut être considéré comme une organisation. Le cabinet dentaire est, en effet, une organisation formelle ayant des objectifs explicites, limités et proclamés et qui s'est structuré pour atteindre un type particulier d'objectifs. Cette organisation réunit les quatre conditions systémiques requises pour être considérée comme telle. Le cabinet dentaire, en tant que structure organisée, a la capacité de s'adapter à l'environnement, de réaliser ses buts, d'intégrer ses composantes et de veiller au maintien du système de valeurs qu'il constitue. Le cabinet dentaire est un lieu où un nombre limité d'acteurs (le dentiste/l'auxiliaire/le patient) poursuivent une action commune, c'est-à-dire, la santé buccale du patient.

C'est parce qu'il réunit ces conditions systémiques et d'action que le cabinet peut être considéré comme une organisation et être analysé comme tel. Hall a été le premier à effectuer une analyse sociologique des modes de pratique dentaire. Définissant l'organisation dentaire en tant que structures (location, espace, personnel, équipement), puis en tant que série d'activités partagées et coordonnées, Hall (Cohen, 1971, pp.157-158), identifie cinq types de cabinets dentaires à partir de trois variables: la profession, l'entreprise, la clientèle.

Le premier type est le cabinet qui se structure en fonction de l'intérêt que portent ses membres aux activités de la profession. Ses membres sont fortement préoccupés par le rayonnement professionnel (enseignement à l'université, activités dans les associations et sociétés dentaires) et laissent à d'autres la régulation de leur milieu de travail. Selon Hall, 11% des cabinets dentaires entrent dans cette

catégorie axée sur la profession.

Le deuxième type de cabinet présente l'aspect bien huilé d'une petite entreprise où l'on fait grand usage du personnel auxiliaire. Le dentiste est avant tout le chef d'une petite bureaucratie où le bien être de l'entreprise est prépondérant. Selon Hall, 12% des cabinets dentaires entrent dans cette catégorie axée sur l'entreprise.

Le troisième type de cabinet est structuré en fonction de la clientèle. Les soins personnalisés et sophistiqués y sont de rigueur. L'interaction dentiste-patient y est dense alors que le rôle des auxiliaires demeure effacé. Le succès du dentiste est dû, non pas à l'efficacité de l'organisation, mais à la qualité et à la sophistication des services rendus. Selon Hall, 32% des cabinets dentaires entrent dans cette catégorie axée sur la clientèle.

Le quatrième type de cabinet réflète l'incapacité du dentiste à s'organiser en fonction d'une des trois variables de départ (profession/entreprise/clientèle). L'organisation improvisée de ce type de cabinet suffit à répondre aux besoins d'une clientèle de passants où les traitements d'urgence sont prédominants. Le personnel auxiliaire, quand il y en a, joue un rôle effacé. Selon Hall, 28% des cabinets dentaires entrent dans cette catégorie axée sur la routine.

Le cinquième et dernier type de cabinet présente un aspect de faiblesse à l'image même du dentiste qui l'anime. Sans doute inspiré par une des lois de Parkinson - l'injelitis (Parkinson, 1957, pp.97-113), Hall qualifie ce type de pratique de moribond. Le cabinet arrive à peine à survivre de même que le dentiste et ce par son manque d'habileté

professionnelle, de capacité administrative ou de comportement adéquat avec la clientèle. Selon Hall, 19% des cabinets dentaires entrent dans cette catégorie sans aucun dominant.

2.4 les caractéristiques du cabinet dentaire

Les cabinets dentaires se définissent de plus en plus en fonction de ce que les dentistes appelent une "philosophie de pratique". Ce concept qualifie l'orientation que le dentiste veut donner à sa pratique professionnelle, les objectifs spécifiques qu'il vise à atteindre et les règles qu'il s'impose dans l'organisation de son milieu de travail.

Les caractéristiques organisationnelles du cabinet dentaire dépendent directement de la philosophie de pratique du dentiste, qu'elle soit articulée ou non. En d'autres termes, la philosophie de pratique n'est que la prise de conscience (ou la non conscience) du pédoncule organisationnel dans son sens le plus strict. La répartition géographique des cabinets dentaires, la logique sous-jacente à la pratique limitée ou à la spécialisation, l'utilisation rationnelle du personnel auxiliaire, l'établissement de règles claires entre associés, relèvent plus de la sociologie que de la philosophie. Robert F. Barkley, prophète de la "philosophie de pratique dentaire" paraît beaucoup plus inspiré par les théories de McGregor que par celles d'Aristote.

> "As my philosophy of dental care matured, my self-image slowly changed from that of a 'healer' to one of an interested empathic teacher of health who is also capable of good restorative dentistry."
>
> (Barkley, 1972, p.23)

Le cabinet dentaire offre l'aspect d'une petite bureaucratie maintenue par une division du travail, une hiérarchie simple avec le dentiste à l'apex, un système de normes professionnelles, une technicité et une efficacité organisationnelle. Cependant, le cabinet dentaire moyen, de par sa taille, est incapable d'inhiber les rapports face-à-face qui sont une caractéristique de la bureaucratie décrite par Crozier(1963), et ne peut ainsi être considéré comme tel. Le cabinet dentaire, contrairement au milieu hospitalier obéit aux lois du "Gemeinschaft" (petite communauté où les relations entre individus sont simples et personnelles) plutôt qu'aux lois du "Gesellschaft" (communauté complexe où les relations entre individus sont complexes et impersonnelles).

3. Orientation des cabinets dentaires

3.1 La dentisterie de type "Gesellschaft"

En 1977, la Cour Suprême des State-Unis autorise les avocats à utiliser la publicité dans le but d'annoncer leur services. Cette décision ne manqua pas d'affecter, à la fois, les médecins et les dentistes. En juillet de cette même année, la Federal Trade Commission américaine dépose une plainte contre l'Association dentaire américaine alléguant que cette dernière restreint la compétition par son code de déontologie. Deux ans plus tard, les deux groupes en arrivent à une entente permettant aux dentistes d'utiliser la publicité. (Gallagher, 1980, p.11)

Ce changement d'apparence mineure dans les règles du jeu professionnel dentaire annonce le début d'un changement en profondeur dans la

structure des cabinets dentaires. Désormais, les "belles années" du cabinet traditionnel semblent tirer à leur fin. Le commencement d'une structuration nouvelle des modes de distribution des services dentaires prend racine pour la première fois en Californie, par la mise sur pied, en 1977, de cliniques de centres commerciaux. La réaction du public est à ce point positive que l'on entrevoit déjà, selon des études réalisées aux Etats-Unis, que dans les années à venir, 60% des soins dentaires seront dispensés dans ce type de cliniques. D'autre part aussi, 20% des soins seront offerts par l'employeur sur les lieux de travail et la pratique traditionnelle ne comptera plus que pour 20%.

Le fonctionnement des cliniques de centres commerciaux peut se résumer ainsi. Les cliniques font partie des grandes chaînes de magasin telles Sears and Roebuck, People Drugs, K-Mart, J.C. Penney et d'autres. Les cliniques sont ouvertes au public six jours et souvent sept jours par semaine; les passants y sont admis sans rendez-vous et traités globalement. Les coûts des services sont affichés et les cartes de crédit sont utilisables. La banque voisine de la clinique finance les traitements sur demande. La salle d'attente devient le Centre commercial lui-même puisque le client se voit remettre un "Bell Boy" qui lui permettra de magasiner et qui lui signifiera, au moment opportun, que son tour est arrivé. Les cliniques plus sophistiquées offrent garderie et salle de cinéma; la devise est du type McDonald: "D'un simple détartrage à une prothèse complète, while-u-wait". Et tout cela à des prix défiant toute concurrence: les coûts sont en moyenne de 30% inférieurs à ceux des cabinets privés.

On évalue déjà à 250 le nombre de ces cliniques déjà en fonction, en juin 1979, et on estimait que ce nombre passerait à 1 000 en juin 1980 (Pinto, 1979, p.22). Au Canada, il n'existe cependant qu'une seule clinique de ce genre, en 1981, selon une enquête de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Elle fonctionne à Toronto, avec six dentistes. Selon cette enquête, la chaîne commerciale La Baie ouvrirait une clinique de ce genre à Winnipeg. On planifie également l'ouverture prochaine de deux de ces cliniques au Québec (Jada, 1981, pp.431-433).

D'autre part, la présence de tiers payants, tels les assureurs et les employeurs, amène la structuration d'un autre type de distribution des soins dentaires: les cabinets en milieu spécifique. Les caractéristiques de ce type de cabinet se résument ainsi: les soins sont distribués aux employés sur les lieux mêmes de leur travail ou dans des cabinets désignés à l'avance et les employés sont tenus de visiter un dentiste précis. L'employeur ou le syndicat verse, à l'avance, un montant fixe déterminé selon le nombre des employés, que ceux-ci se prévalent ou non des soins offerts. Le dentiste fournit tous les services offerts et prend le risque financier pour tous les services dont le coût excède le montant versé par l'employeur.

Un troisième type de cabinet est en gestation, celui de la franchise dentaire. Des dentistes créent, à grand renfort de publicité, un type spécifique de cabinet (par analogie avec franchises des restaurants McDonald) et une fois la renommée atteinte, les franchises se vendent selon les règles, les contraintes, les standards des firmes qui ont avantage à maintenir leur réputation de qualité.

1.2 les limites des nouveaux types de cabinet

La principale limite au développement des cliniques de centres commerciaux demeure la profession dentaire elle-même. C'est ce que fait ressortir une récente analyse sur la "Sears Roebuck Dentistry" (Smith, 1977, pp.32-43). Les dentistes demeurent mieux organisés que les optométristes et la cohésion de la profession dentaire, comme l'ont déjà démontré les recherches de Basil Sherlock (Sherlock, 1969 et 1973), est relativement plus forte que dans toute autre profession. Il n'est pas ainsi assuré que l'avenir réserve aux liens entre dentistes et chaînes commerciales ce que le présent et le passé ont réservé aux relations entre ces dernières et les optométristes.

La profession dentaire semble capable de contrôler le phénomène d'éclatement de la pratique traditionnelle. Son attitude réservée et prudente, face au développement rapide des cliniques de centres commerciaux, laisse voir une capacité d'analyse caractéristique de groupes habitués au pouvoir. La création de cliniques de centres commerciaux force maintenant la profession dentaire à trouver rapidement des structures permettant la distribution de soins complets. Il s'agira de démontrer à la population les avantages de recevoir ces soins dans un mode plutôt que dans un autre. Annonce d'une lutte entre professionnels de la santé et professionnels d'industrie ?

11. Résumé

Le mode de distribution de services du dentiste semble avoir subi peu de modifications depuis le moment où, vers le milieu du dix-neuvième siècle, le métier de dentiste s'est transformé en profession. Le cabinet individuel a su s'adapter sans trop de difficulté à la transformation de la mécanique dentaire à la médecine dentaire, en passant par les phases de l'art et de la chirurgie. Cette force du modèle semble dépendre, en grande partie, de l'aspect d'entreprise qui se trouve présent dans les modes de distribution de services ainsi que de la relative constance dans les attitudes de la population à l'égard de la santé dentaire. Cependant, des événements récents, et notamment la création de cliniques de centres commerciaux, pèsent sur le cabinet traditionnel et le forcent à s'adapter, en se transformant, à des exigences nouvelles de la population et de ses représentants. La profession dentaire, à cause de sa cohésion, semble cependant capable de maîtriser le changement, à la condition de répondre à des besoins précis de la population, besoins qui, par le passé, ont été laissés plutôt insatisfaits.

CHAPITRE V

LE PRATICIEN

1. Introduction

Nous avons identifié dans le chapitre précédent les principales lignes de force qui ont amené la transformation du métier dentaire en profession établie. Nous avons ensuite examiné quatre aspects de la structure formelle de distribution de services des dentistes qu'est le cabinet dentaire. Nous avons vu que le cabinet dentaire est un type de structure relativement simple qui permet à un dentiste, parfois à deux et rarement à plus, d'offrir des services à des clients ambulatoires. Nous avons ensuite vu que le cabinet convient bien au dentiste en ce sens qu'il répond à ses aspirations de qualité dans les services et d'efficacité dans la mécanique de distribution des soins. Puis, nous avons observé que la "philosophie de pratique" du dentiste est déterminée par les normes professionnelles ainsi que par la passivité des variables qui jouent sur la demande de soins dentaires.

Nous avons jetté un regard sur les transformations structurelles que l'avenir réserve au cabinet dentaire type tout en identifiant les contraintes majeures qui empêchent ces changements à savoir les contraintes d'ordre technologique et les difficultés d'intégration dans le cabinet des professions paradentaires.

Après avoir examiné le cabinet dentaire comme structure et avant d'analyser la distribution des soins comme processus, nous allons, dans le présent chapitre, observer les acteurs sous l'angle des atouts qu'ils

possèdent et de la position qu'ils occupent dans le cabinet.

A l'aide, encore une fois, de la grille empirique, nous allons d'abord examiner l'évolution des atouts et de la position du dentiste ainsi que du personnel auxiliaire par rapport à l'individu qui requiert et reçoit les services: le patient. Nous allons ensuite analyser la position relative des membres du cabinet face aux services à rendre, identifier les motivations du dentiste et du patient, reconnaître les systèmes référentiels de clients (les "lay" et "professional referral systems") et, voir comment la technologie dentaire et les attitudes des gens vis-à-vis de la maladie bucco-dentaire, contribuent à maintenir et à conditionner la conduite des acteurs dans un cabinet dentaire.

En prospective, nous allons voir comment les chercheurs entrevoient le profil du futur dentiste, l'implication des auxiliaires dans le rendement des soins ainsi que la nature des changements d'attitude du client ou du consommateur.

1. L'évolution des membres de l'équipe dentaire face à celle du consommateur de soins

1.1 la relation dentiste/patient

Le "Larousse" définit ainsi le mot patient: "personne qui subit une opération chirurgicale". Le terme patient implique une relation entre deux individus, le malade et le pourvoyeur de soins. Si le terme de "malade" décrit un état pathologique, celui de "patient" contient une notion d'échanges que les sciences médicales et les sciences sociales

abordent de façon différente. L'entendement médical cède ici le pas à l'entendement social dans une perspective plus précisément sociologique.

Carr-Saunders et Wilson, Parsons, Hall considèrent le patient comme une contingence mineure dans l'organisation médicale. Le praticien (médecin) est celui qui procède au diagnostic et qui choisit les moyens appropriés pour soulager ou guérir un être présumé ignorant et de toutes façons passif: le patient. L'autorité charismatique, l'autorité rationnelle (scientifique et technique), l'autorité sapientiale (fondée sur l'expérience) du médecin, pour reprendre la taxonomie d'Illich, se sont affirmées de façon quasi linéaire au cours des siècles, tantôt au rythme de l'accroissement des connaissances scientifiques, tantôt à celui de la division du travail.

Le contexte de travail du dentiste, contrairement à celui du médecin, est demeuré relativement stable. A l'époque des arracheurs de dents, l'échange entre le dentiste et le malade était une relation non structurée, sans substrat organisationnel. Dès la transformation du métier dentaire en profession établie, les échanges dentiste-patient se sont limités davantage à un lieu physique organisé, le cabinet dentaire. La distribution des soins ambulatoires par les dentistes a pratiquement pris fin dès 1850. L'autorité rationnelle du dentiste s'est affirmée jusqu'à devenir l'égale de celle du médecin, alors que son autorité charismatique et son autorité sapientiale ont traîné, et traînent encore loin derrière. A cause peut-être du monopole quasi incontesté qu'exerce le médecin sur le diagnostic (Carr-Saunders et Wilson, 1933; Parsons, 1939 et 1951; Hall, 1968), ce qui n'est pas le cas chez le dentiste ("Revere", 1970; Freidson, 1958; Gift, 1977; Sherlock, 1969 et 1972;

Bulman et Al. 1968; Stamm, 1979).

L'émergence du personnel auxiliaire dentaire a déséquilibré la relation simple du dentiste et de son patient. Pendant longtemps, le seul auxiliaire du dentiste fut son assistant. Vinrent ensuite s'ajouter le technicien de laboratoire, le personnel de secrétariat, l'hygiéniste dentaire, d'autres dentistes et du personnel administratif dans les cabinets dentaires; jusqu'à ce que la relation dentiste/patient s'inscrive dans un contexte organisé d'échanges entre individus poursuivant, outre leurs objectifs économiques, le même objectif avoué, celui de la santé du patient.

1.4 la relation dentiste/client

Larousse définit ainsi le mot client: "personne qui se fournit chez un commerçant, qui recourt à un homme d'affaires, à une banque, à un médecin, etc.". Alors que le terme patient implique une relation de situation, le terme client évoque une relation durable fondée sur la confiance qu'un individu délègue à un professionnel dans un champ de services spécifiques. La relation dentiste/client suppose que le dernier confie sa santé buccale au premier.

Cette relation a des fondements historiques récents et son insertion dans le cabinet dentaire date du moment où les dentistes se sont affirmés comme des professionnels de la santé. La qualité de la relation avec le client est affectée par de nombreuses variables. Ici, l'aspect formel du cabinet, les atouts du personnel auxiliaire, la technologie dentaire, le comportement du dentiste, l'économie générale du cabinet, agissent comme autant de variables indépendantes sur la rela-

tion dentiste/client.

Si ces auteurs se rejoignent pour prêter au client plus de pouvoir que n'en a le patient (Hughes, 1973; Schein, 1972), un certain nombre seulement nuancent cette apparente évidence (Kuty, 1973 et 1975; Freidson, 1960, 1970, 1972, 1978; Gift, 1977) en soutenant qu'un malade n'est jamais totalement démuni.

1.3 La relation dentiste/consommateur

Robert définit ainsi le mot consommateur: "personne qui utilise des marchandises, des richesses, pour la satisfaction de ses besoins". La santé dentaire entre dans cette catégorie de besoins à satisfaire comme l'indiquent Carr-Saunders et Wilson: "...where the service rendered is vital...(and where)...the potential clientele is everyman" (p 306). Le terme de consommateur, dans la relation dentiste/consommateur, implique, d'une part, la transformation de besoins objectifs (ou jugés objectifs) de santé buccale en demande de soins et, d'autre part, la relation culturelle entre deux individus, dans un contexte offrant les caractéristiques du "Gesellschaft".

La relation dentiste/consommateur est un concept récent. L'intervention de tiers payants (l'Etat, les compagnies d'assurances, les employeurs) a contribué à automatiser une nouvelle relation entre le dentiste et le malade dentaire potentiel.

> (dans ce type de relation) "l'accent est moins mis sur la confiance que doit témoigner le client au professionnel que sur la prudence dont doit faire preuve le consommateur en tant qu'acheteur de services".
>
> (Despagné, Sans Critère, 1979, No 28, p.561

Les acheteurs, d'ajouter le président de l'Office des professions du Québec, "ne considèrent plus qu'on leur rend un service, mais plutôt qu'on leur vend un service...".

La qualité de la relation dentiste/consommateur est liée à un certain nombre de variables qui dépendent peu des atouts des membres de l'équipe dentaire ou de leur position relative dans le cabinet. Elle dépend plutôt de la perception qu'ont les consommateurs de la dentisterie, en général, et de la profession dentaire, en particulier, ainsi que d'autres facteurs tels le coût des soins, la douleur associée aux traitements, la répartition géographique des dentistes, les milieux socio-économiques et, enfin, les niveaux d'éducation. Ce sont ces facteurs qui conditionnent la "prudence" du consommateur dans sa relation avec le dentiste.

1.4 L'importance des sciences du comportement

Le malade conserve une marge de négociation avec le dentiste, qu'il soit considéré comme patient, comme client ou comme consommateur. La dépendance, la confiance, la prudence qui qualifient respectivement ces trois rôles obéissent à une logique que l'analyse stratégique permet de faire ressortir. Le pouvoir du malade sur le professionnel de la santé, thèse fondamentale de Freidson et de Kuty se fonde sur les atouts que le premier possède et sur sa capacité de les utiliser dans une mise en échec professionnel du médecin. Le pouvoir du professionnel de la santé sur le malade consiste en sa capacité de contrôler une source d'incertitude vitale du malade: sa santé et son bien-être. Le pouvoir de l'auxiliaire est fondé sur sa capacité d'agir efficacement (et avec

compétence) dans le cabinet dentaire ainsi que sur sa capacité de peser sur les facteurs qui conditionnent la confiance du client. Aucun acteur, dans le cabinet dentaire, n'est totalement démuni.

> "C'est l'organisation des relations de pouvoir, autrement dit le mode de gouvernement des moyens humains, qui conditionne la capacité de coopération et de développement de l'ensemble. C'est à travers leur étude que l'on peut le mieux comprendre le phénomène d'intégration d'un ensemble organisationnel".
>
> (Crozier, 1971, p.144)

Cette vision "politique" de l'organisation que constitue le cabinet dentaire part de l'acteur, de ses atouts, de ses jeux, de ses stratégies et du contexte culturel qui conditionne ces derniers ainsi que de la position que chaque acteur occupe dans la structure organisationnelle. Ainsi, l'issue d'un échange n'est jamais totalement prévisible puisqu'elle est le résultat humain mouvant et contingent, c'est-à-dire, non déterminé. En empruntant cette façon de voir les membres du cabinet dentaire et la clientèle, on peut mieux comprendre ce que de nombreux auteurs y ont constaté: l'appauvrissement dans les relations humaines et l'augmentation dans les relations strictement professionnelles. Or, l'empathie du "docteur" semble jouer un rôle prépondérant dans sa relation avec le "malade"

> "Post-operative patients could not tell the difference between morphine and a placebo when both were administrated by a physician perceived as warm, empathetic and supporting".
>
> (Dworkin, 1978, pp.251-252)

Et cette empathie pourrait fort bien jouer un rôle encore plus grand dans la relation entre le dentiste et son client. En effet, selon

certains auteurs (Yanoff, 1979, p.157), le dentiste de famille est le dernier professionnel que l'on abandonne quand on change de village ou de ville. Nous y reviendrons dans le huitième chapitre de ce travail.

2. Le comportement des acteurs dans le cabinet dentaire

2.1 La position des acteurs face aux services à rendre

Le dentiste est habituellement décrit comme le chef de l'équipe dentaire. L'assistante au fauteuil, la réceptionniste, le technicien, l'hygiéniste et, lorsque cela s'impose, les autres auxiliaires, sont des subordonnés qui, chacun à sa manière, l'assistent dans la poursuite de ses activités. "The dentist must clearly be captain of the team" (DiBiaggio et Cooper, 1977, p.472). L'efficacité des relations entre les membres de l'équipe dentaire dépend de l'organisation scientifique du travail. La qualité et l'intensité de ces mêmes relations varient selon la capacité du dentiste de créer un bon climat de travail. Quand il y a un problème ou une carence, on blâme la mécanique organisationnelle ou le manque de psychologie du dentiste. Certains auteurs, enfin, (Crozier, 1963 et 1965; Crozier et Thoenig, 1975; Crozier et Friedberg, 1977; Friedberg, 1972; Kutz, 1973 et 1975) accordent une importance prépondérante aux atouts des membres de l'organisation et à la position qu'ils y occupent. Nos deux études de cas l'ont d'ailleurs confirmé.

Vue de cette façon, l'organisation du cabinet dentaire offre peu de complexité. Le dentiste occupe la place centrale à cause de sa compétence, de ses habiletés, de son autorité professionnelle et de son droit de propriété. L'assistant au fauteuil occupe une position de subordonné

et possède relativement peu d'autonomie. Ses interventions sur le patient sont limitées par des lois et des règlements professionnels ainsi que par la faiblesse de sa formation. L'assistant ou l'assistante, communément appelé assistante dentaire, pratique un métier presque entièrement exercé par des femmes et constitue une partie de leurs activités quotidiennes subordonnées aux décisions du dentiste. Sa compétence est plus souvent fondée sur l'expérience que sur la formation formelle. La réceptionniste dans le cabinet dentaire possède plus d'autonomie. La réceptionniste pratique ainsi un métier exercé aussi presque exclusivement par des femmes et constitue le principal lien entre le dentiste et son client. Elle reçoit le malade et exerce un contrôle plus ou moins important sur le début des patients de deux façons principales: d'abord, par sa connaissance usuelle de la nature et de la durée des traitements, et ensuite par son habileté à alerter les clients. Dans un cabinet à deux dentistes et plus, la réceptionniste contrôle une troisième source d'incertitude: celle de répartir les urgences selon la connaissance qu'elle a des habitudes, des goûts, des capacités des différents dentistes. Sa compétence suppose une formation ou formelle ou empirique. On retrouve trois autres types d'acteurs dans les cabinets dentaires de plus grande dimension: l'hygiéniste, la secrétaire, le technicien.

L'hygiéniste dentaire exerce son métier, exclusivement composé de femmes, à l'intérieur des limites prescrites par les lois corporatives professionnelles. L'hygiéniste intervient directement sur le patient à cause de sa compétence acquise de façon formelle. Son autonomie est quasi complète dans l'exercice de certains actes. La loi des dentistes au Québec (S.R.Q., 1964, ch.262), dans son règlement concer-

nant les hygiénistes dentaires, définit ainsi ses tâches:

"Il est permis aux hygiénistes dentaires l'exercice:

a) de procéder à l'enlèvement des taches et des dépots de tartre des dents ainsi qu'au polissage des dents;

b) de donner des instructions et des démonstrations d'hygiène buccale;

c) d'exécuter les actes opératoires suivants:
i) prises de radiographies;
ii) applications topiques de médicaments prévenant la carie".

(Règlement 3, article 4, p.9-227)

L'article 5 du Règlement permet à l'hygiéniste dentaire d'effectuer le genre de travail, décrit à l'article 4, à la condition qu'elle soit sous la responsabilité et la surveillance d'un dentiste.

La secrétaire (ou l'administrateur dans les "polycliniques" dentaires) occupe une position qui lui permet d'intervenir auprès des clients (paiement des honoraires) et auprès des membres de l'équipe dentaire (sélection du personnel, gestion des dossiers, des comptes, etc). La secrétaire n'intervient pas au niveau des patients. Sa compétence suppose une formation ou formelle ou empirique.

Le technicien dentaire occupe une position qui le met en relation avec le dentiste (ou l'hygiéniste selon le cas) dans le processus d'intervention de ce dernier avec les patients. La relation du technicien avec le patient passe obligatoirement par une tierce personne. La compétence du technicien suppose une formation formelle, parfois empirique. C'est un métier ou une profession) majoritairement exercé par des hommes.

Dans cette équipe-type du cabinet dentaire, seuls les hygiénistes et les techniciens ont tendance à s'autonomiser.

2.2 La motivation des membres de l'équipe

Les auteurs consultés (Reist, 1960; Quarantelli, 1960 et 1961; Riland, 1963; "Revere", 1970; Sherlock, 1970 et 1972; Cohen, 1971 et 1979; Dworkis et al, 1978; Klein, 1978), pour n'en citer que quelques-uns) affichent une surprenante unanimité dans leur description des traits de personnalité du dentiste. Ainsi, le dentiste est-il décrit comme un individualiste ayant un besoin obsessif de vivre dans un milieu organisé. Autoritaire, conventionnel, conservateur, le dentiste est particulièrement préoccupé par ce que l'on pense de lui. C'est un individu persévérant, perfectionniste, soucieux du détail. Il aime l'autonomie et attache une grande importance à sa vie familiale.

Sa première motivation demeure le fait d'être son propre patron. Ses autres motivations principales sont la capacité de contrôler l'horaire de travail, les avantages économiques, la possibilité de travailler avec ses mains.

Le dentiste véhicule trois images négatives de lui-même: son absence de charisme, le fait d'être souvent considéré comme un exploiteur et, enfin, l'impression qu'on le considère uniquement capable d'habiletés mécaniques (Cohen, 1971).

Dans la perception de leur rôle occupationnel, les dentistes se considèrent d'abord comme des professionnels et, ensuite, comme des hommes d'affaires. L'étude de Sherlock démontre, par ailleurs, que les

futurs dentistes ont tendance à accentuer cet aspect d'entrepreneurship.

> "In the case of the occupational identity cycle, students adopted a self-image as a dentist but increasingly thought of themselves as businessmen".
>
> (Sherlock, 1972, p.63)

Parmi les auteurs consultés, peu d'entre eux traitent des motivations du personnel auxiliaire dans les cabinets dentaires. Dans une étude américaine, menée auprès de plusieurs milliers d'auxiliaires, les auteurs ont démontré que ceux-ci éprouvaient les mêmes frustrations que les dentistes (King, 1978). Ainsi, l'épuisement physique, le stress, le peu de gratification professionnelle, l'étroitesse du plan de carrière, le manque de communications interpersonnelles sont-ils des inconvénients que partagent, de façon égale, les dentistes et leurs auxiliaires.

Les études de cas, dans les cliniques "métropole" et "bretonne", (ainsi nommées pour qu'on ne puisse les reconnaître) ont indiqué un profond malaise chez les hygiénistes, malaise apparemment dû à l'incertitude de leur statut.

Face au dentiste et à ses auxiliaires, le patient paraît un être désarmé, lié à un fauteuil, digue en bouche. Présumé incapable d'évaluer professionnellement l'intervention du dentiste, le patient semble réduit à l'impuissance. Ses motivations dépendent de plusieurs variables qui toutes pointent vers soit un bien-être immédiat, soit le maintien d'une bonne santé buccale, soit la restauration des fonctions de mastication, de phonation ou d'esthétique.

2.3 Le processus de rencontre entre le malade et le dentiste

En tant que professionnel, le dentiste ne peut pas rejoindre le malade par l'utilisation de la publicité. C'est le malade qui doit se rendre dans son cabinet pour y obtenir des services. Freidson a démontré dans son oeuvre principale "Profession of Medicine" l'existence d'un processus complexe qui conduit le malade dans le bureau du médecin (Freidson, 1974).

Cet auteur pose les deux questions suivantes: qu'est-ce qui amène un individu à se croire malade ? Et qu'est-ce qui le conduit à consulter un guérisseur ?

Il répond à la première question en proposant que la douleur et les symptômes sont les deux facteurs les plus déterminants. Si la douleur a des fondements physiologiques reconnus, elle n'en a pas moins des fondements que Freidson qualifie de sociologiques. Or, l'interprétation de la douleur, comme l'ont démontré des études dans ce sens, varie selon les cultures (Zobrowski, 1952 et 1969; Sternbach et Tursky, 1965 et 1967). Les juifs, les italiens, les irlandais, les "early Americans" réagissent différemment devant la même douleur objective telle un choc électrique.

Quant aux symptômes que Freidson qualifie de signes extérieurs empêchant une activité, ils varient selon les milieux et les cultures. Ainsi, un athlète professionnel aura tendance à rapporter plus de symptômes de maladie que, par exemple, un réfugié indochinois. Les individus rapportent ce qui les distinguent des gens qui les entourent et non ce qui les caractérise.

Quand, par l'interprétation de la douleur et l'évaluation des symptômes, un individu en arrive à se croire malade et à être considéré comme tel par les gens qui l'entourent, le processus de tentative de guérison débute. Le malade cherche d'abord à se guérir lui-même par auto-suggestion, par des médicaments. Si la maladie persiste, le malade consulte des membres de son voisinage (famille, parents, amis, collègues de travail) susceptibles de lui prodiguer des conseils. Ces derniers sont présumés capables d'interpréter les symptômes et d'identifier les guérisseurs les plus compétents. Ces connaissances empiriques qui permettent un diagnostic de la maladie et une évaluation de la performance des guérisseurs finalisent le processus de rencontre entre le malade et le professionnel de la santé. Freidson qualifie ce processus de système référentiel (referral system) (Freidson, 1974).

Le système référentiel suppose que les symptômes de la maladie sont connus, familiers et jugés importants. C'est à ces conditions que les membres du voisinage accorderont au malade un certain nombre de privilèges dans la mesure où ce dernier cherchera la guérison par les moyens jugés appropriés. Le système référentiel implique trois conditions : une condition de culture, une condition de connaissances, une condition de recherche de conseils.

La culture des membres du réseau de personnes que le malade connaît, le degré de connaissances qu'ont ceux-ci de la maladie en question, les conseils qu'ils s'échangent détermineront si le système référentiel est profane ou professionnel. La rencontre entre le malade et le médecin (le dentiste) n'est plus le fruit d'un hasard mais, selon Freidson, le résultat d'un processus organisé.

2.4 La signification culturelle de la maladie bucco-dentaire.

A l'observation, deux forces principales tendent à maintenir la régulation des échanges entre le dentiste et son équipe, d'une part, et le malade-patient-client-consommateur de soins, d'autre part. D'un côté, la technologie professionnelle dentaire, de l'autre, l'indifférence face à la santé bucco-dentaire.

Vue par le dentiste, la maladie bucco-dentaire est une déviance soit Biologique, soit physiologique, ou les deux à la fois. Par sa compétence, par ses aptitudes, par ses habiletés, le dentiste est présumé capable de dépister les différentes maladies bucco-dentaires et de restaurer les fonctions de phonation, de mastication et d'esthétique de la bouche. Sa longue formation, fondée sur la connaissance d'un ensemble de connaissances biologiques et sur la maîtrise de techniques opératoires lui permet d'exercer sa profession dans un milieu où la technologie joue un rôle prépondérant. Dans l'état actuel des connaissances dentaires, aucun dentiste ne peut diagnostiquer et rendre des soins sans un appareillage complexe requérant des conditions d'environnement très spécifiques. Aucun dentiste ne peut poser de diagnostic global sans appareil à radiographier; aucun dentiste ne peut opérer sans milieu aseptique, ni restaurer sans un minimum d'outillage et de matériaux. Les conditions matérielles de la pratique de la dentisterie de même que les prétentions de celle-ci à la restauration de fonctions, contribuent à déterminer les traits de caractère des dentistes.

Vue par le profane, la maladie bucco-dentaire a des fondements à la fois Biologiques, physiologiques et sociologiques. La bibliographie critique de la Fédération Dentaire Internationale concernant la dentis-

terie et les sciences sociales (Cohen, 1971), les actes de la première conférence nationale sur la "Behavioral Dentistry", la revue des écrits de Fredericks et al sur la sociologie de la santé dentaire, démontrent l'évidence sinon la prédominence des fondements sociologiques de la maladie bucco-dentaire. Tous ces auteurs démontrent, recherches à l'appui, que la reconnaissance qu'une dysfonction bucco-dentaire est une maladie dépend d'un nombre d'autres variables sociologiques. Le niveau socio-économique, le degré de scolarisation, l'ethnicité, la famille, le coût des soins dentaires, l'interprétation culturelle de la douleur, l'auto-diagnostic du malade sont autant de variables affectant directement la transformation d'un besoin objectif de santé dentaire en demande de soins. Or, tout ce qui existe en fait de recherches épidémiologiques et socio-dentaires dans le monde démontre que: 1- la carie dentaire et les maladies périodontaires sont les maladies dont la prévalence est la plus répandue et l'incidence la plus croissante et 2- l'état de santé bucco-dentaire dans les pays occidentaux, à tout le moins, est remarquablement déficient. Des chercheurs mentionnent que l'on estimait, en 1969, à 30 millions le nombre d'édentés complets aux Etats-Unis, et à un autre 25 millions le nombre d'américains ayant perdu la moitié de leurs dents (Fredericks et al, 1980, p.63). Une étude plus récente et non publiée (Duquette, 1980) révèle que 44% des québécois francophones, de plus de seize ans, sont porteurs d'au moins une prothèse dentaire complète.

L'écart entre les besoins objectifs de santé et l'état constaté de la santé bucco-dentaire des américains et des canadiens, dans le contexte où des études ont démontré que la douleur, la répartition géographique des dentistes et le coût des soins ne sont pas les variables déterminantes ou [illegible] de services, permet une constatation: la

maladie bucco-dentaire n'est généralement pas considérée comme une déviance par la majorité des nord-américains.

> "One of the major problems confronting the dental profession in many societies is that large segments of their populations regard dental health as non-essential".
>
> (Cohen, 1978, p.112)

Cette attitude, à la fois sociétale, culturelle et personnelle, contribue à déterminer le modèle d'échanges classique entre le malade et le dentiste.

3. Vers un nouveau type de professionnels dentaires

3.1 le dentiste-médecin et les paradentistes

Les futurologues de la dentisterie estiment que l'élargissement des fonctions des auxiliaires du dentiste est un processus devenu déjà irréversible. La société va de plus en plus exiger l'accessibilité des soins pour tous et promouvoir la santé dentaire. Cela amènera des changements importants dans le rôle du dentiste-praticien, suscitera l'émergence de paradentistes et institutionnalisera la santé bucco-dentaire.

Le dentiste-praticien aura dorénavant un rôle médical et un rôle social beaucoup plus accentués. Fredericks et Simard estiment que le dentiste abandonnera de plus en plus à d'autres certains aspects mécaniques de la dentisterie pour devenir un médecin de la bouche.

"In the twenty-first century, this new dentist will become a stomatologist and delegate many of the mechanical, repetitive, reversible procedures to auxiliaries working under supervision".

(Fredericks et al, 1980, p.146)

"Que va-t-il rester au dentiste ? La réponse à cette interrogation m'apparaît de la plus évidente simplicité: il va lui rester la médecine dentaire".

(Simard, 1977, p.26)

Ce changement, s'il s'effectuait, apporterait des modifications importantes, au niveau de la hiérarchie, dans les lieux de distribution des soins. Ainsi peut-on penser que l'abandon d'une certaine technicité dans l'exercise professionnel dentaire risque d'avoir des impacts sur les profils d'admission dans la profession et, partant, de modifier les atouts du dentiste en milieu de travail. D'autres auteurs insistent sur le rôle social du dentiste qui doit, à la fois, voir à la prévention des maladies bucco-dentaires et à la promotion de la santé dentaire au sein de la population.

"Clinical excellence no longer is sufficient to meet the demands of the public; more stress needs to be given to a preventative and public health approach".

(Sherlock, 1972, p.110)

Il est permis de croire que cette dimension sociale, initiée par des pionniers tels Robert F. Barkley, apportera des changements dans les modes de distribution de soins dont le cabinet dentaire typique décrit plus haut constitue encore le modèle. Ces deux rôles, médical et social, annoncent un conditionnement nouveau des échanges entre le dentiste, d'une part, et ses auxiliaires ainsi que ses malades (patients-

clients-consommateurs), d'autre part.

Les chercheurs considèrent l'émergence du personnel paradentaire comme un processus irréversible. Déjà, de nouveaux métiers, de nouvelles professions naissent pour combler les champs inoccupés. Hygiénistes dentaires, thérapeutes dentaires, travailleurs sociaux dentaires, denturologues, fondent leur légitimité sur des besoins de santé non comblés. Les sociologues de la dentisterie remarquent que les dentistes voient avec circonspection l'arrivée de ces "paradentistes". Les causes de cette attitude réservée des dentistes sont expliquées par leur résistance au changement ainsi que par leur crainte d'une compétition déloyale et, à leurs yeux, illégitime. L'absence de planification dans le développement des métiers et professions dentaires se traduit par une faiblesse hiérarchique dans l'organisation globale des services dentaires, de la prévention des maladies ainsi que de la promotion de la santé dentaire. Dans ce développement "tous azimuts", les stratégies des acteurs sont, croit-on, déterminées par leurs attitudes et leurs traits de caractère. Ainsi, de nombreux auteurs proposent-ils que les écoles modifient leur curriculum de façon à préparer le dentiste à maîtriser son environnement de travail alors que d'autres recommandent carrément de changer les critères d'admission à l'université. Les données recueillies depuis les deux dernières décennies et qui concernent l'état de santé bucco-dentaire des citoyens des pays industrialisés démontrent les difficultés des dentistes à modifier les attitudes de la population face aux soins dentaires. Devant l'évidence, les futurologues voient la nécessité de professionnaliser davantage la santé dentaire. En d'autres termes, ces mêmes auteurs prônent la professionnalisation de la santé, c'est-à-dire la prise en charge par des profes-

sionnels de la santé dentaire des gens. La fluoration des eaux potables par des règlements ou des lois, l'enseignement de saines habitudes alimentaires, l'éveil de la fonction sexuelle de la bouche par la publicité, sont autant d'initiatives professionnelles qui ont pour but, entre autres, de combattre le fatalisme dentaire, celui qui veut que les dents, c'est fait pour tomber. La santé et le bien-être de la population demeurent le centre des préoccupations des élites dentaires. Cette volonté de transformer le malade en consommateur a pour conséquence de remettre en question l'écologie de la pratique dentaire.

3.2 L'échec des scientifiques du comportement

L'avenir prédictible annonce un changement de rôle du dentiste, le développement de paradentistes et la professionnalisation de la santé bucco-dentaire. De nombreux obstacles, cependant, restent à surmonter.

Barzley estime, par exemple, en 1977, qu'au plus 15% des dentistes américains pratiquent la dentisterie préventive. La Publication "NEXUS" estime, que le pourcentage se situe entre 5 et 7% (Nexus, 1977). Sherlock, de son côté, remarque que la profession dentaire s'est montrée "ineffective in educating for prevention" (Sherlock, 1972, p.110). D'autre part, les résumés de la première conférence nationale sur la "Behavioral Dentistry" (Ingersoll, 1977) démontrent les grandes difficultés qu'éprouvent les chercheurs en sciences sociales à épauler les dentistes dans leur rôle social et identifient l'échec relatif de la dentisterie préventive basée sur le changement des comportements. Ces remarques pourraient laisser supposer la prise en charge du rôle social par des paradentistes.

Le même phénomène s'observe au niveau des paramédics auxiliaires de la dentisterie. Les hygiénistes dentaires, par exemple, élargissent leur champ d'action, non pas dans le cas de la prévention et de la promotion, mais plutôt dans le cas de la restauration dentaire. Les auxiliaires de dentiste deviennent ses compétiteurs: les technologues, les assistants aux fonctions élargies, en sont deux illustrations. L'émergence de paradentistes ne semble pas avoir eu plus pour résultat de changer quoi que ce soit dans les attitudes générales de la population vis-à-vis de la dentisterie. Toutes les recherches consultées le confirment.

Alors qu'Ivan Illich prône la déprofessionnalisation médicale en prônant la prise en charge par chaque individu de sa propre santé, les professionnels dentaires en sont encore à implanter des stratégies de professionnalisation de la santé bucco-dentaire. Le paradoxe n'en est pas un puisque, - les faits le démontrent largement -, la déviance bucco-dentaire est encore considérée comme une déviance physiologique, et relativement peu comme une déviance biologique, encore moins comme une déviance sociale. Or, pour des profanes, les fonctions d'esthétique, de mastication, de phonation semblent avoir des fondements plutôt culturels que médicaux. La déprofessionnalisation de la santé bucco-dentaire n'est pas pour demain, et pour cause: les professionnels dentaires ne semblent pas avoir complété le processus de professionnalisation.

11. résumé

Nous avons identifié dans le chapitre cinquième les principaux acteurs qui se rencontrent dans l'organisation que constitue le cabinet dentaire. Nous avons d'abord effectué une distinction entre le patient, le client et le consommateur. Nous avons défini ensuite la place qu'occupe chacun des membre dans la hiérarchie du cabinet dentaire pour observer l'intensité variable des relations avec les patients/clients/consommateurs selon la place occupée et selon les atouts de chacun.

Après avoir traité de la motivation des membres d'une équipe dentaire, nous avons identifié un processus fondamental de rencontre entre le "malade" et le professionnel de la santé: le système référentiel. Nous avons qualifié de généralement profane le système référentiel de clients en dentisterie au Québec et pour deux raisons principales: l'ignorance des gens vis-à-vis de la santé bucco-dentaire et, face à celle-ci, une indifférence profondément ancrée dans la culture.

Nous avons enfin remarqué que s'effectuent actuellement de profonds changements au niveau des atouts des individus dans les cabinets dentaires, ce qui pourrait conduire à des changements dans la pratique dentaire et, par conséquent, poser tout le problème de l'admission de nouveaux candidats dans l'école dentaire.

CHAPITRE VI

LE PROCESSUS DE DISTRIBUTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

1. Introduction

La distribution des soins professionnels est, selon l'approche systémique de Parsons, mise en relation avec un ensemble de valeurs. Ainsi, dans l'accomplissement de ses tâches, le médecin, comme tout professionnel, contribue à la régulation et au contrôle du bon fonctionnement de la société, par sa façon de viser l'intérêt général et par son désintéressement. Ses rapports sociétaires sont, dans le langage parsonien, l'universalisme, la performance, la neutralité affective, la spécificité. De là découlent les traits constitutifs d'une profession idéale dont nous avons brossé plus haut les grands traits soit le savoir institutionnalisé, le contrôle par les pairs, l'éthique professionnelle, le monopole d'exercice. C'est en tenant compte d'autres facteurs, d'autres réalités que nous aborderons ce chapitre portant sur la distribution des soins professionnels dentaires.

En effet, les études de Freidson, de Kuty, de Hall, de Crozier, de Chapoulie montrent que le phénomène de la division du travail, que la position dans la structure sociale, que la culture, que les relations de pouvoir entre acteurs, déterminent des comportements professionnels précis qui parfois contredisent le modèle fonctionnaliste de Parsons. C'est compte tenu de ces réserves que ce chapitre traite du processus de distribution des services professionnels dentaires. Si, dans la première partie de cette recherche, portant sur la formation profession-

nelle, le processus d'apprentissage a été analysé à partir de l'école comme structure et des étudiants comme acteurs. cette deuxième partie sur la pratique professionnelle, voit le processus de distribution de services à partir du cabinet comme structure et des professionnels dentaires comme acteurs.

A l'aide encore de la grille empirique, nous verrons dans la première partie de ce chapitre sur quel continuum évolutif des activités soignantes non intégrées se sont transformées en activités spécialisées, comment, de la mécanique à la médecine dentaire, comment, du passant sur le fauteuil de barbier au consommateur averti ou non, le processus de distribution des soins dentaires est passé d'une absence de synthèse professionnelle à une absence de synthèse sociale.

Dans la deuxième partie du chapitre, nous verrons comment les services à la clientèle dépendent à la fois des modes de pratique dentaire et de la position hiérarchique que les acteurs y occupent avec leurs atouts. Nous verrons la signification, dans la séquence suivante, du code d'éthique professionnelle, de la promotion collective et individuelle des dentistes, de leur mode de contrôle et des limites du contrat social que la population reconnaît à la profession dentaire.

Avant de tirer les conclusions qui se dégagent de l'ensemble des trois chapitres traitant de la pratique professionnelle, deuxième axe de la recherche, nous verrons comment s'annonce l'intégration de la pratique dentaire dans le bien-être national et, comment, de part et d'autre, les difficultés d'ajustement pourraient être surmontées.

1. Des instruments dentaires du Musée de Pompei au rayon laser

1.1 une pratique d'amateur

A l'époque de la mécanique dentaire, l'extraction des dents constituait donc l'intervention principale dans le champ de la dentisterie. La restauration était surtout limitée à la confection de prothèses plus ou moins fonctionnelles et fort peu esthétiques. L'hygiène dentaire nécessitait l'usage d'instruments plus ou moins grossiers, et la faible consommation de sucre aidant, la conservation des dents était probablement beaucoup plus liée au tempérament pacifique des gens qu'à l'application topique du fluor ou qu'à l'utilisation de la soie dentaire.

Cette activité d'extracteur de dents n'était le monopole d'aucun groupe corporatif. L'activité dentaire était exercée tantôt par des barbiers, tantôt par des forgerons, des tisserands ou des coupeurs de diamants.

Lorsque les médecins acceptèrent dans leurs rangs les chirurgiens, certains parmi ces derniers s'adonnèrent aux activités dentaires, forts de leurs connaissances médicales. Lorsque, à la même époque, les barbiers furent abandonnés par les chirurgiens, certains parmi ces premiers s'adonnèrent aux activités dentaires forts de leurs connaissances artistiques. La distribution des services dentaires allait des uns aux autres sans coordination ni contrôle corporatif.

On ne peut parler d'existence d'un métier dentaire, au sens sociologique du terme, qu'à ce moment où la distribution des services den-

taires devint la principale activité d'un groupe d'individus composé de chirurgiens ou de barbiers pratiquant l'art dentaire.

1.2 une pratique globale

Chapoulie situe au XIXe siècle (Chapoulie, 1973, p.69) le moment où les représentations sociales ont justifié le monopole des médecins et des juristes sur une sphère d'activité précise avec la double condition de la compétence technique et de l'exercice en fonction de l'intérêt général. Ce modèle professionnel a sans aucun doute déclenché, chez les gens de métier en dentisterie, le désir de se professionnaliser. La consécration professionnelle fut rapide.

Résultat d'une symbiose entre deux groupes, les uns appuyés sur la médecine, les autres appuyés sur la technique, la profession dentaire naissait en s'accaparant le monopole de la chirurgie dentaire. A la fin du siècle dernier, la profession dentaire s'engageait dans la voie des professions libérales avec tout ce que cela implique.

A cause des contraintes technologiques, de l'étroitesse du champ d'activités, des impératifs à la fois médicaux et techniques, de l'importance tant objective que subjective des dents, de la nature aussi des interventions, la distribution des services dentaires a suivi le modèle classique du professionnel solitaire, entouré d'une panoplie d'instruments, rendant dans l'intimité d'un cabinet des soins curatifs à un individu plutôt passif et anxieux.

Pendant cette période d'installation sociale de la profession dentaire, le processus de distribution de services demeure simple. La

dentiste détient une autorité quasi absolue sur son patient. Il demeure le chef incontesté de son cabinet: son verre est petit, mais il boit dans son verre. Le patient, de son côté, continue d'exprimer des besoins d'ordre curatif relativement simples. Les relations entre le dentiste et son client sont fondées sur l'expertise du premier et sur la confiance du second. Conscient de sa vocation professionnelle, le dentiste, comme le médecin, soulage ses patients, souvent sans rémunération, dans la conformité la plus absolue des règles de son serment d'Hypocrate. La distribution de ses services est libérale au sens strict du terme et sociale dans son sens le plus noble.

1.3 une pratique morcelée

Les caractéristiques propres de la distribution des services dentaires ont poursuivi leur développement sur le modèle général de la division du travail social. L'explosion des connaissances tant fondamentales que cliniques, le raffinement de la technologie, ont pesé sur le processus de distribution des services. Si ces paramètres évolutifs ont peu affecté la structure du cabinet dentaire, ils en sont arrivés, par contre, à avoir des effets déterminants sur la spécialisation des soins. Des dentistes se sont spécialisés en chirurgie, en endodontie, en hygiène publique, en médecine buccale, en orthodontie, en pédodontie, en périodontie, en prosthodontie. Des dentistes généralistes ont limité, par aptitude, par inaptitude ou par goût, leur pratique à certaines disciplines cliniques. Les champs laissés vacants par aspiration hiérarchique sont vite devenus occupés par des auxiliaires dentaires plus ou moins autonomes face au dentiste. Afin d'offrir à leur clientèle ce que le généraliste d'antan offrait, c'est-à-dire des soins

giotaux, certains dentistes se sont associés et ont divisé les tâches entre eux et leur personnel. Les professionnels dentaires ont fait des choix.

Par ailleurs, par voie de conséquence ou par voie causale, le client a maintenant plus de choix, autant au niveau des soins qu'au niveau de ceux qui les distribuent. Mais, contrairement aux professionnels dentaires, ses choix ne sont pas toujours dictés par des critères professionnels mais par des critères naturellement profanes et, à l'analyse, parfois contraires à son bien-être objectif tel que les spécialistes de la santé le définissent. Le client, devant les multiples avenues s'offrant à lui, agit aujourd'hui en consommateur en achetant des services qu'il paie lui-même ou par l'intermédiaire de tiers payants tels l'Etat, les compagnies d'assurances, les employeurs. Les clients, à l'instar des professionnels dentaires, ont fait des choix.

1.4 un manque de synthèse

C'est le propre de l'homme libre que d'effectuer des choix. Or, les recherches sociologiques, et plus particulièrement celles de l'équipe de chercheurs dirigée par Crozier, le démontrent clairement: l'individu dans un milieu organisé utilise la marge de liberté qui est la sienne dans un sens toujours opportuniste. En termes plus concrets, l'homme libre joue pour gagner en utilisant ses atouts pour tirer le meilleur parti possible d'une situation donnée.

> "La perspective de l'analyse stratégique, et l'utilisation qu'elle fait des attitudes, implique en effet que les individus développent des attitudes non pas en fonction du passé (leur socialisation, leurs expériences

passées), mais en fonction de l'avenir, en fonction des opportunités présentes et futures qu'ils voient dans les jeux qu'ils jouent, et en fonction desquelles ils orientent leurs stratégies."

(Crozier et Friedberg, 1977, p.399)

Cette vision de la mécanique des relations entre individus suppose que la notion de "résistance au changement" doit être rayée du vocabulaire. L'homme libre est prêt à n'importe quel changement du moment qu'il a un intérêt à le faire. Les équations - telle attitude - tel comportement - ou encore - telles attitudes - tel univers de valeurs professionnelles, méritent d'être nuancées. Dans la perspective stratégique, les attitudes sont déterminées par l'intérêt et conditionnées par les valeurs, l'expérience, la culture de l'individu.

Or le phénomène de morcellement des services qui caractérise actuellement toutes les professions n'est pas dû à une question de goût, mais à une question d'opportunité. Le désir de se spécialiser, comme le démontre Durkheim, n'est pas l'expression du besoin de bonheur des individus.

"Il n'y a donc aucun rapport entre les variations de bonheur et les progrès de la division du travail."

(Durkheim, 1930, p.230)

"Si la société, en se condensant, détermine le développement de la division du travail, celui-ci, à son tour, accroît la condensation de la société. Mais, il n'importe; car la division du travail reste le fait dérivé, et par conséquent, les progrès par lesquels elle passe sont dûs aux progrès parallèles de la densité sociale, quelles que soient les causes de ces derniers."

(Durkheim, 1930, p.241)

Dans ce sens, la spécialisation des services dentaires demeure le fait dérivé de l'explosion des connaissances et de la densité sociale. L'Association dentaire américaine décrivait en 1956 la philosophie sous-jacente aux spécialités dentaires:

> "The division of the practice of dentistry into specialities depends upon a logical separation of dental services into categories categorized by fundamentally different objectives and distinct biological and physical approaches to diagnosis and treatment ... rather than a fragmentation of dentistry based upon techniques or procedures."
>
> (Calisti et al, 1979, p.3)

Le morcellement des services, qu'il soit le fait de la nécessité des spécialités ou encore d'une pratique factuellement limitée par les généralistes, demeure un fait incontestable. Les dentistes n'y échappent pas; ni les médecins, ni les avocats, ni les psychologues. Les paramètres de contrôle de la division du travail leur échappent.

Dans un contexte où les professionnels dentaires, à l'instar de leurs clients, effectuent des choix dans une perspective opportuniste - si l'on accepte le postulat heuristique de l'analyse stratégique -, le processus de distribution des services dentaires obéit, sans synthèse sociale, aux lois de l'offre et de la demande. Vouloir modifier les attitudes des dentistes en vue de changer leur comportement avec l'objectif d'en faire des supergénéralistes, comme le proposent Dworkin et Desautels (Desautels, 1977, p.76; Dworkin, 1978, pp.57-60) apparaît être une opération osée, voire difficilement réalisable.

Après avoir franchi les étapes de l'amateurisme, de l'homme de métier, du professionnel libéral, le processus de distribution des ser-

vices dentaires est carrément entré dans une phase où la notion de pouvoir demeure centrale. Ce qui conduit à poursuivre l'analyse sur le plan des rapports entre le dentiste et sa clientèle.

2. Le recrutement, le maintien et le développement de la clientèle dentaire

2.1 Le code de déontologie

L'économie générale du comportement du dentiste vis-à-vis de sa clientèle est en principe conditionnée par son code de déontologie. Celui-ci lui interdit formellement d'utiliser la publicité pour recruter, maintenir ou développer sa clientèle. En cela, la profession dentaire s'inscrit dans le modèle général des professions dites établies.

Typiquement, le dentiste fraîchement émoulu de l'université installe son cabinet généralement près d'un lieu public; il supervise l'assemblage des unités de service, il recrute un personnel fort restreint, il astique les planchers et il dispose dans une salle d'attente qu'il veut agréable une panoplie de revues scientifiques dentaires que ses clients liront en attendant leur tour.

Comme on l'a déjà démontré (Sharlock 1972, p.15), contrairement au médecin et à l'avocat qui de plus en plus sont devenus des membres d'organisation, le dentiste a conservé quasi intact son mode de pratique. Le dentiste a évolué dans sa science, dans ses techniques; mais, son cabinet est demeuré relativement le même depuis un siècle, c'est-à-dire

équipements professionnels. Il arrivé que l'on critique à ce propos. C'est parce que le code de déontologie énonce le minimum. S'interroger avant tout et son client.

L'acceptation et la mise en pratique d'un code de déontologie ou d'éthique professionnelle règlent l'exercice de l'activité professionnelle. Celle-ci concilient les règles du jeu dans les rapports de service avec ses alliés. Le code précis de fonctionnement des services qui constitue le cadre formel et le contrôle professionnels du service permettent ainsi de supposer la prédominance d'un système relationnel profond de client. Des échanges avec l'environnement, en toute apparence, commencent donc dépendants de ce qu'ils procurent comme sécurité dans la société et de la place que ces services occupent dans la hiérarchie des valeurs de ses membres.

5.5 La promotion professionnelle

L'idéal de service constitue l'objectif principal d'une profession. Le professionnel doit avant placer l'intérêt général bien au-dessus de ses propres intérêts. Il doit être prêt à des sacrifices personnels dans l'intérêt de ses clients.

Cette primauté de l'idéal professionnel dans les services passe par un code précis d'organisation : le cabinet individuel. Elle est reçue par des individus dont les points, quand on compare les services entre eux, offrent une surprenante similarité tant sur le plan des compétences scientifiques et des habiletés techniques que sur le plan des expériences relationnelles de service. C'est ainsi que l'idéal de service semble prendre le pas sur l'idéal de service. De par leur compé-

tion, de par leurs caractéristiques propres, de par la nature même des actes posés, l'équation qualité-service caractérise le processus de distribution des soins dentaires. Tout, en dentisterie, conduit à cette équation. La structure spécifique des cabinets dentaires, la technologie dentaire attirent un type précis d'individus dont les atouts ne font que renforcer l'équation et lui donner comme corollaire l'idéal d'efficacité. La promotion collective des dentistes est tout à fait à l'égal de leur promotion individuelle. Le dilemme demeure cependant le suivant: les clients ont souvent de la qualité requise des services une toute autre idée.

> "Good dentistry is quick, doesn't hurt and must be inexpensive."
>
> ("Paul Revere", D.D.S.)

2.3 le contrôle de la qualité des services

Le prix de l'autonomie professionnelle et du monopole d'exercice est le contrôle par les pairs. Les profanes sont ainsi présumés incapables d'évaluer la qualité des services des groupes professionnels; c'est la raison pour laquelle la loi impose aux corporations de veiller à la protection du public par l'instauration de mesures de contrôle de la qualité. A côté de l'accréditation professionnelle des programmes, il y a l'inspection professionnelle qui vérifie la compétence des membres d'une profession et qui leur impose, lorsque cela est jugé nécessaire, des stages de perfectionnement.

Ce mécanisme de contrôle qu'est l'inspection professionnelle vise à réprimer les fautes commises par des professionnels aux dépens de leurs

clients, ainsi qu'à la poursuite, devant les tribunaux, des personnes prises en flagrant délit d'exercice illégal. Il est également un moyen de régler la concurrence interne entre les membres d'une profession.

Ce contrôle professionnel par les pairs prend une forme particulière dans le contexte de distribution des services dentaires. Il est fortement conditionné par le fait que le dentiste travaille généralement seul dans son cabinet, qu'il valorise plus que tout autre professionnel l'autonomie d'exercice et qu'il tient avant tout à être son propre patron. Le contrôle par les pairs est rendu encore plus difficile par le fait que son code de déontologie lui interdit de juger le travail de ses pairs. Ainsi, la faute, le manque d'éthique, la mauvaise qualité des services doivent-ils être décelés par les clients eux-mêmes. Or, l'écart entre les connaissances du dentiste et celles de ses clients place ces derniers dans une position désavantageuse, car l'ignorance caractéristique et largement généralisée de la population envers la dentisterie n'est plus à démontrer.

Dans ce contexte, le contrôle de la qualité des services dentaires est souvent, dans les faits, exercé par des profanes, selon leurs critères de profanes. Si les études de Freidson ont démontré la faiblesse des contrôles techniques et éthiques réellement exercés par l'ensemble des médecins (Freidson 1960, 1970, 1972 et 1974), on peut croire que cette faiblesse est davantage marquée chez le dentiste à cause de son mode de pratique, de ses atouts et de la place qu'occupent les services dentaires dans la hiérarchie des valeurs de la population en général. L'Office des professions du Québec, quant à elle, donne à la notion de protection du public une extension beaucoup plus large que la détection

et la répression des fautes commises par les professionnels. Pour l'Office, "protéger le public, c'est lui assurer des services accessibles et de qualité" (Office des professions, La formation des professionnels, 1979, p.3). Or, l'accessibilité des services dentaires est conditionnée par le coût des soins, la répartition géographique des dentistes et les heures d'ouverture des centres de distribution. À ce chapitre encore, la structure du cabinet et ce que cela suppose comme coûts d'opération, de même que l'attrait que manifestent les dentistes pour les horaires contrôlables, et ce que cela signifie comme comportement, conditionnent les paramètres de l'accessibilité.

> "The financial outlays required to train dentists and to establish dental practices are of such a magnitude that it seems unlikely that successful practices can be sustained in certain places where poor people reside despite the fact that such services are desperately needed."
>
> (Rogers, 1979, p.492)

Le problème reste entier car la dentisterie de restauration demeure intrinsèquement coûteuse.

2.4 le contrat social des dentistes

Les auteurs consultés s'entendent pour dire que les avantages découlant d'un monopole professionnel imposent aux membres du groupe professionnel des obligations précises de leur part envers leur clientèle. Si la loi accorde, d'une part, à un groupe le monopole d'exercice, les législateurs, au nom de la société, s'attendent, d'autre part, à des services à la fois accessibles et de qualité. C'est ce que l'on peut appeler le contrat social.

C'est ainsi que les élites profanes ont reconnu aux dentistes la capacité de s'acquitter, en toute compétence, de ce contrat social qu'est la responsabilité de voir au maintien et au développement de la santé bucco-dentaire de la population. Or, à ce chapitre, le mode précis de distribution des services dentaires et les caractéristiques individuelles et professionnelles des dentistes n'ont pas semblé devoir favoriser l'acquittement par ceux-ci de leurs obligations sociales.

D'une part, la pratique largement répandue que constitue le cabinet individuel ne prête guère, à cause de ses contraintes, à l'accessibilité des services sur le plan des horaires et sur le plan des traitements complets. Dans une conférence prononcée devant les membres de l'Association des écoles dentaires américaines, Rogers identifie cinq failles dans le contrat social des dentistes :

- "the failure to deliver dental services to significant segments of our population (...);
- the failure to design ways to bring dental services to certain special groups (...): the handicapped, the home bound, the elderly;
- the maldistribution of dental services;
- the failure to broadly apply the preventive technologies you (the dentists) now command;
- the problems of the cost of dental care."

(Rogers, 1979, p.491)

Et de conclure Rogers: "you are the only game in town. Like it or not".

Cette remarque de la part d'un médecin réputé tel Rogers pourrait être prise à mal de la part des élites dentaires. Tel n'est pas le cas puisque celles-ci, par leurs représentants les plus autorisés, reconnaissent les lacunes d'accessibilité aux services dentaires.

"Les praticiens semblent oublier très vite, si jamais ils y ont cru, que la profession dentaire a pris l'obligation devant les gouvernements et devant le public de prendre en main la santé dentaire de la population sans restriction."

(Lussier, 1977, p.10)

D'autre part, le cabinet dentaire traditionnel semble insérer le contrôle de la qualité des soins rendus dans la perspective étroite du système référentiel profane de clients. L'évaluation de la qualité des services de santé dentaire peut se faire à partir du modèle théorique fondé sur les exigences de haute compétence des dentistes; elle peut se faire également à partir des résultats de l'application de cette compétence dans la réalité. Or, la réalité socio-dentaire telle que perçue par les "sociodontistes" révèle non seulement une ignorance largement répandue de la population vis-à-vis de la dentisterie mais également une valorisation étroite par celle-ci des fonctions d'esthétique, de phonation ou de mastication qui sont, pour les dentistes, les fonctions les plus valorisées. Conflits en latence ? Il semble ici que les recherches de Freidson, de Ruty et de Cruzier sur les relations de pouvoir entre individus, démontrent que le code de déontologie ne constitue pas pour les professionnels le seul moyen de contrôle sur la qualité des services. On renvoie ici à toute la problématique du fait organisationnal comme variable déterminante dans le processus de professionnalisation.

3. L'administration de la santé dentaire

3.1 la pratique dentaire et le bien-être national

L'examen de l'avenir prévisible du cabinet dentaire traditionnel, comme structure principale de distribution des services ainsi que la probable émergence des professions paradentaires comme annonce de changement dans les caractéristiques des principaux acteurs en dentisterie, conduisent à poser la question de l'avenir du processus de distribution des services de la santé reliés à la bouche. Tous en conviennent de différentes manières: l'avenir appelle les soins globaux, ou soins complets, en médecine dentaire. Le processus de distribution des services dentaires entre, selon tous les observateurs, dans une phase où l'accessibilité devient le moteur et où la qualité devient l'incertitude.

> "The strongest argument in support of these commercial ventures centers around the belief that dental care is becoming available to a segment of the population previously unserved."
>
> (Gallagher, 1980, p.13)

Il apparaît d'ores et déjà acquis qu'en Amérique du Nord la distribution des soins dentaires va s'effectuer dans des structures plus ajustées aux impératifs de sociétés complexes de type "Gesellshaft".

Il est aussi à prévoir que du double objectif de qualité et d'accessibilité qui caractérise les services de toute profession, l'accent sera prioritairement placé, en dentisterie, sur le deuxième. Et cela, pour deux raisons principales. D'abord, le cabinet dentaire traditionnel, en termes de structure, se prête mal à la distribution de soins complets. Il s'avère incapable, par la faiblesse de sa taille, d'inté-

grer dans un ensemble hiérarchisé, les auxiliaires dentaires dont le phénomène de la division du travail a grossi à la fois le nombre et la capacité d'autonomisation. Il paraît également peu adapté aux impératifs des communautés complexes que l'on rencontre en Amérique du Nord.

En second lieu, les attitudes d'indifférence relative face à la santé dentaire continuent de perpétuer une dentisterie de restauration sophistiquée et coûteuse et, par conséquent, inaccessible à une grande majorité de la population.

> " ... la volonté d'offrir dans tous les cas des services hautement perfectionnés peut souvent ne pas correspondre nécessairement aux besoins du public, ceux-ci pouvant, dans bien des cas, être satisfaits par des services moins complexes et moins coûteux".
>
> (Office des professions du Québec, 1979, p.6)

Les auteurs consultés entrevoient que la distribution de soins dentaires globaux et accessibles pourrait emprunter deux avenues bien différentes l'une de l'autre. La première conduit au fractionnement de la profession dentaire, à l'autonomisation d'auxiliaires plus mobiles et plus nombreux. La deuxième conduit à la mise sur pied d'"hôpitaux dentaires" bien organisés et dirigés par des dentistes. Deux avenues non encore balisées.

3.2 l'absence de planification

L'occupation du champ d'application des connaissances dentaires par de nouveaux professionnels, comme première avenue, engendre un certain nombre de difficultés. Les nouvelles professions paradentaires doivent établir leur légitimité et leur développement doit supposer une planifi-

cation. La légitimité professionnelle trouve son fondement dans la qualité et la pertinence des services; une planification ne peut se concevoir sans ancrage dans la réalité socio-économique. Or, les auxiliaires dentaires n'ont pas de reconnaissance professionnelle en grande partie, peut-être, à cause de l'absence d'un plan. Aux Etats-Unis, les hygiénistes dentaires rencontrent de graves difficultés:

> " ... the hygienists do not or cannot fully use this knowledge and skill, because of the attitudes prevalent in dental practices in which they are located. Although there is a great need for dental hygienists in preventive dentistry, a depressing picture emerged. Indications are that 86 percent will resign from full-time employment five years after graduation; 42 percent will have remained in for only one year."
>
> (Fredericks, 1980, p.93)

Par contre, les denturologistes américains sont fort proches d'une reconnaissance légale à travers le territoire :

> "For the Federal Trade Commission is looking into the possibility of allowing dental laboratory technicians to deal directly with the public on dentures - overriding all state laws prohibiting such dealings".
>
> (Pinto, 1979, p.20)

Par ailleurs, la formation des assistants dentaires reste institutionnellement quasi inexistante partout en Amérique du Nord; cette occupation spécifique étant encore au tout début du processus de professionnalisation.

Dans ce contexte, le fractionnement dans les occupations des auxiliaires du dentiste semble peser fort peu dans l'enclenchement du processus de distribution globale des services dentaires. Les auxiliaires, en l'absence d'un plan, tendent à devenir des compétiteurs du

dentiste plutôt que des soutiens hiérarchiques voués à la prise en charge de la santé globale de la clientèle.

La deuxième avenue est également remplie de difficultés. La dentisterie de centre commercial ou la pratique en groupe semble, à première vue, mal convenir à des individus dont les motivations principales sont, selon les études consultées, et selon les études de cas, le fait d'être leur propre patron, l'autonomie d'exercice et dont les autres traits caractéristiques sont l'individualisme, le conservatisme, le perfectionnisme.

Le dentiste semble peu enclin au travail en groupe et peu porté vers la pratique en milieu hospitalier. L'étude de Dussault démontre que, malgré la tendance récente des dentistes québécois à se regrouper, le mode reste intrinsèquement le même.

> "Il ne s'agit donc pas de pratique de groupe à proprement parler, puisque les dentistes qui se regroupent continuent à pratiquer sur une base individuelle tout en étant associés au plan administratif".
>
> (Dussault, 1979, p.73)

De plus, le dentiste semble dépourvu dans son rôle de chef d'équipe; toutes les études consultées sur ce sujet laissent voir, à cet égard, des déficiences importantes.

ii. <u>résumé</u>

Le processus de distribution des services dentaires entre dans une phase de "globalisme". Le mode traditionnel de pratique en cabinet

individuel est fortement remis en question par un ensemble de facteurs dont les plus déterminants semblent être la mauvaise répartition géographique des effectifs dentaires, l'intervention de tiers tels l'Etat, les assureurs, les employeurs, les syndicats, la spécialisation des fonctions, les coûts des services. Dans ce continua évolutif, l'absence de planification apparaît être la ligne de force la plus évidente.

RESUME DE LA DEUXIEME PARTIE

La deuxième partie de ce travail était consacrée à l'identification de la variable "fait organisationnel" dans la pratique de la médecine dentaire. Nous avons d'abord examiné la structure de distribution des services que constitue le cabinet dentaire traditionnel pour ensuite identifier les caractéristiques principales des acteurs qui y interagissent. Le dernier chapitre a été enfin consacré à l'étude d'un processus, celui de la distribution des soins dentaires.

On peut, à la lumière des recherches consultées, voir que le fait organisationnel, dans la pratique professionnelle, est la deuxième variable fondamentale dans le processus de transformation du métier dentaire en profession.

La prochaine partie, également divisée en trois chapitres, est consacrée à l'adéquation entre la formation professionnelle, d'une part, et la pratique professionnelle, d'autre part.

TROISIEME PARTIE

L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION ET LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

La revue des écrits et la grille d'analyse ont permis d'identifie
deux des trois variables qui font l'objet de notre étude: la formatio
professionnelle et la pratique professionnelle. D'une part, les troi
chapitres de la première partie de ce travail ont porté respectivemen
sur l'école en tant que structure, sur l'étudiant en tant qu'acteur e
sur l'apprentissage en tant que processus. D'autre part, les troi
chapitres de la deuxième partie ont porté sur le cabinet en tant qu
structure, sur le praticien en tant qu'acteur et sur la distributio
des soins en tant que processus. Ainsi, les trois prochains chapitre
objets de la troisième partie de la recherche, sont consacrés à l'ad
quation entre structures, entre comportements des acteurs, entre proce
sus tels qu'identifiés dans les deux premières parties.

Dans cette troisième partie, le premier chapitre aborde l'adéqua
tion par le biais des stratégies de refonte des curriculums dentaires
des modes de distribution des services. Le suivant traite plus spécif
quement des milieux universitaires et médicaux. Le dernier, point
convergence des problèmes posés dans la question de recherche donne u
problématique du processus de professionnalisation dans la perspecti
étroite des postulats et de l'hypothèse de départ qui ont amené l'aute
à élaborer une recherche empirique dont les caractéristiques et l
conclusions font l'objet de la quatrième et dernière partie.

CHAPITRE VII

CURRICULUM DENTAIRE ET SERVICES MEDICAUX

1. Introduction

Dans le contexte d'une adéquation entre les deux grandes variables soumises à l'examen dans cette recherche, une question centrale se pose au niveau des structures: y a-t-il un déterminisme simple entre le type de formation professionnelle reçue dans la structure flexnérienne du curriculum dentaire et les modes traditionnels de pratique du dentiste ? Posée en d'autres termes, l'interrogation recherche dans quelle mesure les connaissances, les habiletés, les attitudes acquises à l'université déterminent la manière avec laquelle le dentiste va s'acquitter de ses devoirs professionnels. Le présent chapitre constitue donc une tentative de réponse par la mise en parallèle de l'école et du cabinet dentaires.

En symétrie avec la grille d'analyse, nous examinerons dans un premier temps les deux structures dans leur continuum évolutif. D'abord, comme réponse à des besoins précis, l'école et le cabinet ont traversé sans disfonctions majeures le cours du temps. La période plus récente de l'après guerre a cependant creusé un fossé relativement mesurable dont l'écart a conduit à des projets de refonte des programmes dentaires et à la remise en question des modes traditionnels de pratique.

Nous donnerons, dans un deuxième temps, une interprétation sociologique de l'écart observé entre l'école et le cabinet. L'adaptation de

l'Ecole à son environnement s'est surtout réalisée en fonction des champs de connaissances maîtrisés par les professeurs alors que l'adaptation du cabinet dans les milieux occupationnels a subi le poids des contraintes technologiques et de la constance des attitudes de la clientèle. Si les deux structures ont répondu à des buts particulièrement semblables, leur mode d'intégration a, par ailleurs, révélé des dysfonctions précises bien que celles-ci aient évolué dans un contexte culturel relativement stable.

Nous aborderons, en conclusion de ce chapitre, une problématique du changement dans la perspective d'un développement organisationnel tant au niveau de l'université qu'à celui du cabinet dentaire. Nous identifierons, enfin, les principaux facteurs qui font que les refontes de curriculum n'ont pas lieu, malgré les besoins et les bonnes volontés et tenterons d'isoler les zones d'intervention susceptibles de modifier les modes de distribution des soins dentaires.

1. La remise en question des modèles

1.1 une réponse à un besoin ponctuel

La formation sur le tas, dans la période pré-scientifique, répondait aux besoins des gens de métier qui rendaient occasionnellement des services dentaires à la population. A cette époque où les activités dentaires n'avaient droit à aucun titre, pas même à celui de métier, les besoins pertinents de formation des barbiers, des forgerons, des coupeurs de diamants étaient réduits à leur plus simple expression. Les

habiletés requises dans l'exercice de ces métiers pouvaient, sans trop de difficultés, s'adapter aux exigences mécaniques de l'extraction des dents ou de la confection de prothèses dentaires. Cependant, le développement des connaissances scientifiques allait modifier profondément la façon ponctuelle de pratiquer la dentisterie au point où le cabinet dentaire devint ce qu'il est aujourd'hui: un microscopique hôpital équipé de turbines, d'instruments aseptisés, de murs plombés, d'appareils de radiographie, de pharmacies, d'auxiliaires de blanc vêtus, de docteurs utilisant aussi allègrement le diagnostic que le bistouri, le charisme attaché à leur titre que leur légitimité médicale.

1.2 Une réponse à un besoin d'équipement

Le foisonnement des écoles professionnelles qui amena les investigations que l'on connait, d'Abraham Flexner en médecine et de William J. Gies en dentisterie, ont contribué, dans une large mesure, à l'assise de la profession médicale et à la transformation des activités dentaires en profession établie. On se rend compte en comparant le diagnostic de Flexner sur la situation médicale à celui de Gies sur la situation dentaire, que les écoles dentaires ont, au tournant du siècle, mieux déterminé la pratique dentaire que ne l'ont fait les écoles médicales pour la pratique médicale. On observe ainsi une équation bien équilibrée entre l'école et le cabinet dentaire, les deux structures se complémentant et se fécondant mutuellement, au rythme de l'accroissement des connaissances, d'une part, et de la structuration équivalente du mode d'application de ces connaissances, d'autre part.

On observe ainsi, du côté de l'école dentaire, un effort constant d'adaptation au développement des sciences de base et de maîtrise des sciences cliniques, effort dont la densité trouve contrepartie dans l'adaptation du cabinet dentaire au milieu. D'un côté, l'école répond à un besoin d'équipement scientifique du dentiste; de l'autre, le cabinet répond aux besoins d'une dentisterie de restauration que les ravages quasi exponentiels d'une mauvaise nutrition et d'une hygiène minimale rendent de plus en plus sophistiquée. L'équilibre entre l'école et le cabinet se maintient et ne sera brisé, aux Etats-Unis comme au Canada, que tard après la deuxième moitié du vingtième siècle.

1.3 la rupture de l'équilibre

> "Increasingly, health care is coming to be regarded not only as a necessity but also as a right to which all persons are entitled."
>
> (Carnegie Commission, 1970, p.15)

Si l'école dentaire a poursuivi en toute quiétude son élan vers les plus hauts sommets de la qualité, presque en faisant abstraction des tourmentes sociales, un fait majeur, celui du droit à la santé, est venu s'installer profondément mais subrepticement, dans les interstices de la pratique médicale. La pratique dentaire n'en subira la présence puissante et gênante que plus tard dans le cours du temps. Si la profession médicale a pu répondre à cette "doctrine" du droit à la santé en la professionnalisant jusqu'à outrer Dubos et Illich, tel n'a pas été le cas pour la profession dentaire.

Ce droit à la santé, issu du droit à l'éducation et de sa généralisation, a fait apparaître de nouveaux facteurs qui ont eu tôt fait de peser lourdement à la fois sur les structures de distribution des soins et sur la structure de formation des professionnels de la santé. Ces facteurs sont le financement et ses corollaires principaux: l'intervention de tiers payants et les comptes à rendre; ensuite, les clientèles et les attitudes déterminantes de consommateurs avec, comme conséquence, une redéfinition du concept de service.

Du côté de l'école dentaire, les coûts de formation ont toujours pesé lourd sur le nombre des candidats admis tandis que la notion de service est demeurée étroitement associée à la notion de qualité. Du côté du cabinet, les soins coûteux inhérents à la dentisterie de restauration ont exercé une forme de contingentement de la clientèle tandis que la notion de service a emprunté le chemin étroit de l'offre et de la demande.

> "The National Health Survey of 1963-1964 indicated that nearly three fifths of the population had not seen a dentist in the preceding year and that one fifth of the population had never seen a dentist."
>
> (Carnegie Commission, 1970, p.15)

L'adéquation, à cet égard, entre l'école et le cabinet dentaire, paraît, à première vue, acquise. Mais, une analyse plus poussée ébranle ce qui, à première vue, pourrait présenter une image d'équilibre.

1.4 la recherche d'une légitimité nouvelle

La Commission Carnegie propose en 1970 de nouvelles politiques dans les programmes de formation médicale et dentaire:

> "Changes in medical and dental education so that they are more responsive to the expressed needs of students and more concerned with problems of delivery of health care."
>
> (Carnegie Commission, 1970, p.99)

Vers la même époque, la Fédération dentaire internationale commandite une étude bibliographique exhaustive sur les recherches et les travaux effectués en sociologie dentaire dans le but de baliser la voie à d'éventuels changements dans la façon de subvenir aux besoins de santé dentaire.

Ces deux ordres de préoccupation ont pour objet la recherche par les dentistes d'une légitimité nouvelle. Formés dans un contexte médical, les dentistes appliquent leur science dans un contexte commercial, d'où un malaise grandissant. L'université cherche, de son côté, à revoir ses programmes de formation de façon à pouvoir mieux répondre aux besoins de santé de la population. La profession dentaire, par ses intervenants corporatifs les plus autorisés, cherche de son côté à adapter le cabinet de façon à ce qu'il puisse, entre autres, intégrer le travail en équipe et permettre l'accessibilité des soins. La cause de ce bouillonnement demeure la même: un profond changement dans les mentalités, conséquence d'un accroissement constant de la complexité des rapports humains et de l'accroissement concomitant des libertés individuelles.

"Plus une société devient complexe, et plus l'apport intellectuel devient déterminant pour sa survie. Une société relativement simple peut trouver son équilibre dans le respect de la tradition. Comme elle ne met pas en [illegible]ion ce qui existe, elle n'a pas besoin d'en exa[illegible] la signification."

(Crozier, 1980, p.220)

2. Une longue tradition de concordance

2.1 une adaptation divergente

"From Parkinson's Law, I have dreamt up my own parallel, which is that every faculty member you add you are going to add two new courses."

(Clark Kerr, 1971, p.15)

Les écoles dentaires n'ont pas échappé à ce développement des programmes davantage axés sur les caractéristiques de ses professeurs que sur les besoins objectifs de service à la population. La poursuite de l'excellence a brouillé, sinon fait perdre de vue, souvent au nom de la liberté académique, l'idéal de service compris dans son sens original. Dans ce sens, les écoles dentaires se sont davantage associées aux idéaux de l'Université tout en demeurant auto-suffisantes. Le développement des connaissances s'est articulé autour de l'idéal de diagnostiquer et de guérir les maladies de la façon la plus scientifiquement désirable. Placées dans ces conditions d'autonomie, les écoles dentaires ont réussi à améliorer, de façon marquée, l'état des connaissances sur les pathologies dentaires et sur les méthodes de traitement. Dans ce sens, les rapports de l'école avec son environnement, placés sous l'étiquette de l'autonomie, ont permis les plus grands progrès.

Les rapports des cabinets dentaires à l'environnement demeurent déterminés par l'autonomie professionnelle. Il existe, entre l'école et le cabinet, une similitude (l'autonomie) dans la nature de leur rapport avec l'environnement. Mais, là s'arrête le parallèle: les résultats apparaissent moins positifs du côté du cabinet. Il ne semble pas que l'organisation des services dentaires soit alliée, dans son adaptation, beaucoup plus loin que d'offrir une réponse passive mais de qualité à des demandes variables de services. Le trait dominant est demeuré celui d'une pratique individuelle rémunérée à l'acte. Tout le processus d'adaptation du cabinet à son environnement est demeuré étroitement dépendant de la technologie; l'autonomie professionnelle n'a pas joué, à l'instar de l'autonomie universitaire, un rôle de catalyseur ou de promoteur. De sorte que l'organisation de la pratique dentaire n'a pas su répondre aux exigences du droit à la santé, que ce droit soit ou non fondé. Concordance entre l'école et le cabinet, dans la nature de leurs rapports, écart dans les résultats !

2.2 une poursuite élitiste des buts

Si l'école professionnelle répond à un besoin d'équipement plutôt qu'à un besoin de culture, le cabinet dentaire répond, quant à lui, au contrôle de la maladie plutôt qu'à celui de la santé dentaire. L'école dentaire vise à rendre un individu compétent dans sa science et habile dans ses techniques opératoires; le cabinet poursuit, quant à lui, le double objectif de qualité et d'efficacité. Il semble y avoir ici, entre l'école et le cabinet dentaire, une concordance précise dans les buts respectivement poursuivis.

Au cours des ans, l'école dentaire nord-américaine a consacré la plupart de ses efforts à suivre le développement des connaissances pertinentes au diagnostic et au traitement des maladies bucco-dentaires, elles aussi en croissance quasi exponentielle. Plus les habitudes alimentaires des individus se sont détériorées - dans le sens médical de l'expression - plus la recherche scientifique dentaire a visé la contrepartie. Plus également, les cabinets dentaires se sont organisés en structures d'accueil capables de restaurer les éclopés.

D'autre part, les objectifs de prévention en dentisterie que les écoles ont intégrés dans leurs objectifs généraux de formation ont eu un impact qualitativement et quantitativement équivalent dans les pratiques dentaires. La place modeste réservée à la prévention, dans les curriculums dentaires américains et canadiens (constatation faite à la lecture des soixante-neuf annuaires d'autant d'écoles) semble équivaloir à la place modeste réservée aux traitements préventifs dans les cabinets. La relation de cause à effet n'est pas pour autant démontrée, mais il n'en demeure pas moins qu'une hypothèse de concordance paraît, à ce moment, acceptable; bien qu'au Québec, le Régime d'assurance maladie rende "attrayante" la dentisterie préventive.

2.3 une dysfonction précise

S'il y a une concordance relative dans la poursuite des buts de l'école et du cabinet dentaire, une dysfonction précise apparaît nettement dans leur mode respectif d'intégration des connaissances et des services.

Le milieu artificiel dans lequel évolue l'étudiant dentaire offre toutes les caractéristiques du système référentiel professionnel de clients tel que décrit par Freidson. L'école choisit la clientèle, l'étudiant traite le patient sous contrôle professionnel. Dès lors qu'un individu accepte d'être traité dans une clinique universitaire, le plan de traitement lui échappe de même que tout contrôle réel sur l'évaluation des services reçus. Les étudiants comparent le travail effectué par leurs confrères de classe et les professeurs évaluent la qualité des actes posés. Le client n'a qu'un choix: accepter le jeu ou se retirer du jeu. S'il est le patient de l'étudiant, il demeure le client de l'école.

Le mode d'intégration des services dentaires en cabinet est cependant tout autre. Il offre toutes les caractéristiques du système référentiel profane de clients. La prédominance des cabinets individuels - exception faite des cabinets de spécialistes - indique que l'hypothèse de la prédominance du système référentiel profane (Lay referal system) est à ce moment tout à fait recevable. Quelles que soient les variances des systèmes de distribution de soins dentaires, un fait semble émerger: les cabinets dentaires dépendent en grande partie du contrôle profane. Les codes de déontologie, vus dans cette perspective, semblent devoir déterminer davantage les bonnes intentions que le vécu quotidien.

Voilà ici posée l'hypothèse centrale du deuxième axe de notre recherche: dans les cabinets dentaires traditionnels, le contrôle profane domine le contrôle professionnel. Le pouvoir du malade sur le dentiste serait plus articulé que d'apparence.

2.4 Une constance dans les modèles

Malgré cet écart observé dans les résultats, au niveau des
à l'environnement par l'autonomie universitaire et l'autonomi
sionnelle et malgré aussi cette dysfonction précise issue de d
différents d'intégration des connaissances et des service
persiste: les structures d'enseignement et les structures de
dentaires demeurent relativement stables ainsi qu'étroitement

Le modèle flexnérien bâti
y a bien sûr eu quelques tentatives d'expérimentation de no
veaux à la suite notamment des recommandations de la
Carnegie. Des treize écoles dentaires américaines qui se son
dans cette voie, dix sont revenues au modèle traditionnel,
les trois dernières songent déjà à faire marche arrière.

La pratique individuelle a également la peau dure et
modèle prédominant tant aux Etats-Unis qu'au Québec. Les
groupe demeurent également, selon tous les observateurs
essentiellement des fédérations de pratiques individuelles

> "La tendance actuelle favorise le regroupement; t
> fois, la plupart des groupes restent des associa
> pour fins administratives et il y a encore peu de
> tables pratiques de groupe où une même clientèle
> desservie par plusieurs dentistes."
>
> (Dussault, 1979, p.114)

Il n'existe pas pour autant de lien de cause à
structure d'enseignement et la structure de services d
modèle flexnérien de formation médicale n'a pas empê
particulière de la pratique médicale. Il doit y avoir

teurs, dans l'université ou hors de celle-ci, qui déterminent davantage le mode de pratique dentaire que le simple modèle flexnérien. On peut avancer ici l'hypothèse que la structure flexnérienne n'est pas la variable déterminante du mode de pratique dentaire.

3. La refonte des curriculums et la recherche de nouveaux modes de pratique

3.1 par où commencer ? par la refonte des curriculums ?

Y a-t-il un déterminisme simple entre la formation professionnelle et la pratique professionnelle ? Un changement au niveau des programmes conduit-il nécessairement à un changement équivalent au niveau de la pratique ? L'ouverture des écoles dentaires au milieu universitaire, l'intégration des enseignements connexes, la réduction du temps d'apprentissage, sont-elles autant de mesures susceptibles d'influencer, et si oui, dans quelle mesure, la pratique professionnelle ?

Il semble, à l'analyse, que les changements proposés au niveau des écoles obéissent à des besoins d'ajustement interne et au simple bon sens. Il est d'ores et déjà admis que l'université ne peut plus permettre, dans un laps de temps précis, l'acquisition complète de connaissances dans quelque champ que ce soit. L'éducation permanente s'impose donc comme complément nécessaire au maintien et au développement des connaissances acquises formellement; l'hypothèse est devenue postulat. D'autre part, et cela reste une hypothèse, les refontes de curriculums se font davantage en fonction des professeurs qu'en fonction des besoins

de la société. L'analyse de Clark Kerr, l'expérience des quatorze écoles dentaires, les lois de Parkinson, le cadre théorique de Crozier permettent de le croire.

D'autre part, parmi les trois composantes de la formation professionnelle - sciences de base, sciences cliniques, attitudes - il semble, en comparant les structures d'enseignement aux structures de services dentaires, que la composante "science clinique" est, parmi les trois, celle qui détermine le plus le mode de pratique. En d'autres termes, les dentistes semblent plus orientés vers la technicité que vers la médecine.

> "J'hésite toujours à faire cette comparaison, car elle est assez odieuse comme toute comparaison d'ailleurs, mais elle illustre bien l'attitude que je veux dévoiler. Le dentiste a agi comme un supertechnicien - sans allusion péjorative - qui n'a d'autres soucis que de remettre des mécaniques en ordre."
>
> (Lussier, 1977, p.10)

Pourtant, le curriculum dentaire dans son contenu et dans sa structure supporte bien la comparaison avec le curriculum médical. Et même les plus virulents critiques de la médecine, Illich en tête, n'ont jamais fait un reproche semblable aux médecins. Où est le problème ? A l'université ? Dans la société ? La formation professionnelle dentaire serait-elle à ce point déficiente comme la formation légale au Québec ?

> "A propos de la qualité de formation en droit, le rapport Lajoie contient des données d'un caractère assez percutant. Au terme de l'enquête menée par les chercheurs auprès de 1 400 diplômés, il ressort que l'immense majorité des répondants estiment avoir reçu une formation déficiente dans tous les secteurs d'enseignement hormis celui du droit civil."
>
> (Conseil des universités, 1979, pp.12-13)

La qualité de la formation professionnelle dentaire devrait être mesurée auprès des praticiens québécois. Cette vérification permettrait la confirmation ou l'infirmation de certaines de nos hypothèses.

3.2 la recherche de nouveaux modes de pratique

Encore une fois ici, il serait intéressant d'identifier les principaux facteurs d'ordre sociologique qui déterminent les modes de pratique dentaire. Cette recherche en a dégagé cinq. Il y a d'abord un accroissement de la complexité des rapports humains et un accroissement concomitant des libertés qui remettent en question les modèles trop simples. Il y a ensuite cette philosophie de démocratisation qui fait que l'on exige maintenant le droit à l'éducation, le droit à la santé, le droit des minorités à l'égalité des chances. Puis, il y a, par voie de conséquence, le remplacement de l'équation service/qualité par l'équation service/accessibilité. Le quatrième facteur est celui du phénomène de la division du travail qui amène irréductiblement la spécialisation des tâches et le développement des auxiliaires. Il y a, également, une remise en question par la société de l'éthique comme fondement du contrôle professionnel. Cette liste, loin d'être exhaustive, met uniquement l'accent sur les aspects liés à l'objet de cette recherche et exclut, par exemple, des facteurs qui pourraient signifier, qu'au fond, les modes de pratique s'articulent principalement autour d'intérêts économiques.

Comme à l'université, l'évolution de la structure de services semble répondre davantage à des impératifs internes. Le mode de pratique dentaire semble dépendre d'un ensemble de facteurs où l'université

brille par son absence relative.

Les cinq facteurs évoqués ont un impact inégal sur les modes de pratique dentaire. La complexité de la société semble avoir, pour le moment, épargné le mode de pratique traditionnel des dentistes. Le droit à la santé dentaire semble relever plus de l'abstraction que d'une volonté largement exprimée par la population. Par contre, l'équation service/accessibilité semble trouver ses fondements dans les coûts des soins dentaires, la mauvaise répartition géographique des professionnels, les clientèles spécifiques non traitées telles les personnes âgées ou handicapées, les horaires de type 9 à 5 des cabinets dentaires. D'autre part, le phénomène de la division du travail semble peser lourd sur le mode traditionnel de pratique dentaire. Les profanes, enfin, semblent bien s'accommoder du contrôle professionnel garanti par le Code de déontologie des dentistes.

La recherche de nouveaux modes de pratique dentaire semble obéir à un processus lent et contingent, celui du changement. Peut-on changer la société par décret ?

ii. <u>résumé</u>

La problématique du changement relève beaucoup plus de l'intérêt, de l'opportunité que des attitudes et des bonnes intentions. L'individu, - les recherches de Crozier l'ont largement démontré - change par intérêt, par opportunisme. Ses attitudes sont beaucoup plus prospectives que déterminées génétiquement ou empiriquement. Les attitudes - de type freudiennes - qu'il a intériorisées par son expérience

humaine conditionnent ses stratégies devant le changement, mais ne les déterminent pas.

Dans ce sens, les refontes de curriculums ne se font que lorsque les professeurs y trouvent un intérêt. Parallèlement, les dentistes changent leur mode de pratique pour les mêmes raisons. Il n'y a pas de déterminisme simple entre les contenus de formation et les comportements dans la pratique professionnelle. Les deux ordres de situation obéiraient à des lois que les sociologues sont peut-être plus susceptibles d'expliquer que les éducateurs eux-mêmes.

CHAPITRE VIII

MILIEU UNIVERSITAIRE ET MILIEU DE PRATIQUE

1. Introduction

Nous avons dégagé dans le chapitre précédent dans quelle mesure il y aurait ou non un déterminisme simple entre la façon de structurer la formation professionnelle et la façon de structurer la distribution de services. Le présent chapitre s'inscrit dans la même perspective et pose la question suivante: Les attitudes acquises à l'université déterminent-elles les comportements des praticiens dentaires dans leur quotidienneté ? Nous faisons donc ici un parallèle entre milieu universitaire et milieu de pratique.

Nous verrons, dans une première partie, l'évolution des rapports humains dans les milieux universitaire et médical. Les relations d'apprenti à maître et de dentiste à patient, d'élève à praticien et de dentiste à client, d'étudiant à professeur et de dentiste à consommateur s'inscrivent toutes dans le continuum évolutif de la théorie des organisations. D'abord, le taylorisme du début du siècle, puis l'école des relations humaines des années 30, ensuite la théorie des systèmes et enfin la théorie des jeux de pouvoir de Davis et de Crozier.

En deuxième partie, nous ferons une analyse comparative des rapports humains dans les deux milieux étudiés. Nous identifierons les constantes qui se dégagent des comportements des étudiants et des praticiens en passant par leur jeu économique fort, leur jeu politique

traditionnel, leur jeu social défensif et, enfin, leur jeu culturel stable.

En dernière partie de ce chapitre, nous dégagerons certaines hypothèses notamment au niveau des structures d'échanges entre l'université - la profession - l'Etat pour déboucher sur la nécessité de redéfinir les professions traditionnelles.

1. Sur le continuum évolutif de la théorie des organisations

1.1 sur le continuum du seul meilleur choix possible

On identifie généralement cinq grandes écoles de pensée en théorie des organisations (March et Simon, 1974; Silverman, 1970): le taylorisme, les relations humaines, la psychologie organisationnelle, les systèmes sociaux et l'analyse stratégique. L'évolution de ces écoles de pensée n'est pas présentée comme s'inscrivant dans un processus de progression linéaire ni comme étant dénuée de toute nuance. On retient cependant les points de convergence suivants: l'origine des organisations, leurs structures, les processus qui s'y développent, les acteurs avec leurs attitudes, leurs valeurs, leurs comportements et enfin les liens de l'organisation avec son environnement. Les théories varient ensuite selon que l'accent est davantage porté sur l'une des composantes que sur l'autre, selon aussi les diverses possibilités d'agencement entre elles. Le taylorisme met l'accent sur la structure, tient peu compte de l'environnement, ne pose pas de problématique sociale et considère l'acteur comme l'extension de la machine. En tant qu'appendice

de la machine. L'homme dans l'organisation est avant tout une "main" qui, si bien coordonnée, permet le progrès de l'organisation. Le taylorisme suppose ainsi qu'il y a toujours une meilleure façon de faire les choses, d'où résulte cet outil qu'est la notion du "temps et mouvement".

L'aspect mécanique de la dentisterie semble avoir marqué tant l'apprentissage dentaire que la distribution des soins. D'un côté, les étudiants en dentisterie sont décrits comme des individus aimant travailler avec leurs mains, perfectionnistes et, à l'instar des médecins, axés sur la tâche.

> "But then, he (the premedical student) had been trained to see every question as a scientific problem, to reach immediately and narrowly for the most efficient technical solution".
>
> (Gottcent, 1980, p.56)

De l'autre, les praticiens n'ont eu d'autres choix que de se donner les meilleurs outils pour répondre efficacement à la demande de services de restauration dentaire. L'accroissement de la complexité des rapports humains et l'accroissement concomitant des libertés individuelles ne semblent pas avoir ébranlé le modèle "taylorien" des rapports entre l'apprenti et son maître, entre l'arracheur de dents et son patient, même si les uns sont devenus, au cours des ans, des étudiants et des professeurs, et les autres, des médecins dentistes et des consommateurs. Il y a ici concordance entre le milieu de formation qu'offre l'école dentaire et le milieu de pratique qu'offre le cabinet dentaire.

1.2 sur le continuum des relations humaines

Les fondements du taylorisme ont été pour la première fois ébranlés par les découvertes de Hawthorne (Silverman, 1970), vers les années 30. Ces expériences ont démontré que l'individu en situation de travail, s'il est traité avec "affection", peut augmenter sa productivité. Si l'école des relations ne tient pas compte du rapport à l'environnement, elle pose cependant une problématique sociale, celle de la satisfaction au travail. Ici, l'homme dans l'organisation est avant tout un "coeur", un être ayant besoin d'affection. Il suffit de le rendre heureux pour accroître sa productivité. D'autre part, la psychologie organisationnelle, issue des relations humaines, parce qu'elle est la première à tenir compte des rapports à l'environnement, posera une quinzaine d'années plus tard une nouvelle problématique sociale, celle de la compatibilité entre les besoins de la personnalité et ceux de l'organisation. Puis, ce sera vers les années 1950-1960, avec Selznik, Merton, Parsons, l'analogie biologique de l'organisation avec l'être humain. On parle alors de systèmes devant s'adapter, devant atteindre des buts, devant intégrer leurs composantes et devant maintenir leur équilibre. C'est l'époque de la réification des organisations; on prête vie aux organismes: la profession pense que..., l'université ouvre ses portes.... la Faculté n'admet plus que ... etc.

La progression des rapports humains tant dans les écoles dentaires que dans les cabinets dentaires a été peu marquée par les deux dernières écoles de pensée, celle de la psychologie organisationnelle et celle des systèmes sociaux. Elle n'a cependant pas échappé à l'influence de l'école des relations humaines. Ainsi, l'époque de la formation "in

loco parentis". De la culture d'un bon climat d'étude dans les écoles, de la transmission de valeurs professionnelles, a marqué fortement les rapports d'élèves à praticien et, de façon moins évidente, les rapports d'étudiants à professeurs. Parallèlement, la culture de l'ambiance des cabinets dentaires par les aménagements harmonieux, par la sélection d'auxiliaires présentables, a marqué les rapports de dentiste à patient, de dentiste à client: "Il faut cultiver sa clientèle". On postulait ici que les bonnes manières acquises à l'université seraient reprises en situation de travail. Pour changer les comportements des praticiens, il ne suffisait que d'inventer des stratégies pour modifier les attitudes des étudiants. Cette façon de voir prédomine encore trop largement dans les écoles professionnelles et notamment dans les écoles dentaires.

> "Nonetheless I argue that education is a less important variable than work environment. There is some persuasive evidence that "socialization" does not explain some important elements of professional performances half so well as does the organization of the immediate work environment".
>
> (Freidson, 1970, p.89)

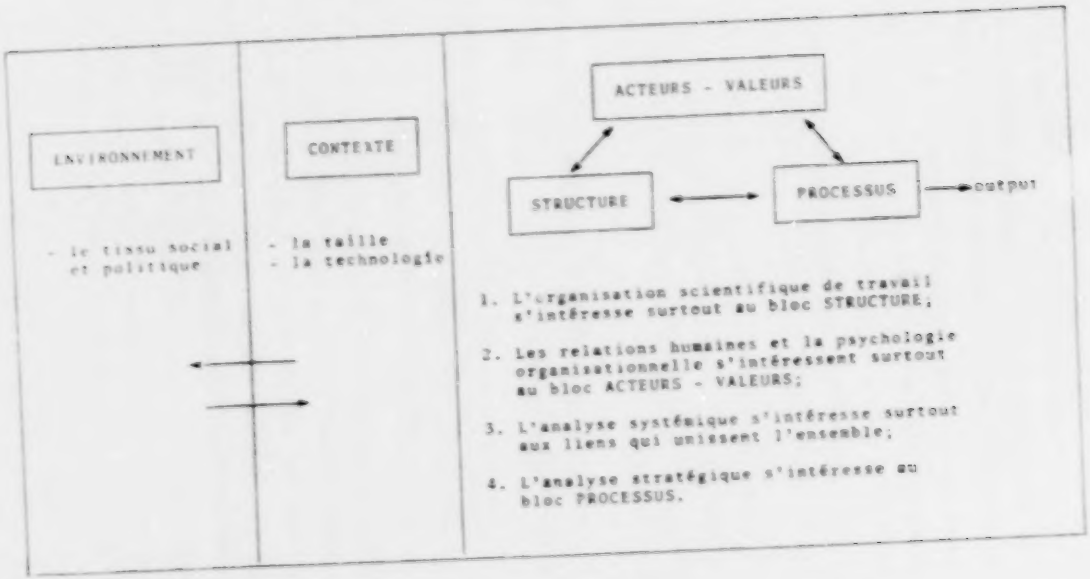
1.3 sur un continuum de complexité

Il convient ici de mettre un peu d'ordre dans les théories d'organisation. Les cinq composantes, par lesquelles on analyse le phénomène organisationnel, sont: 1- les structures, 2- les acteurs-valeurs, 3- les processus, 4- le contexte, 5- l'environnement. Le taylorisme ou l'organisation scientifique de travail s'intéresse surtout à la structure. Les relations humaines et la psychologie organisationnelle s'intéressent au bloc acteurs-valeurs. Les systèmes sociaux s'intéressent aux liens qui unissent les composantes. L'analyse stratégique,

de son côté, s'intéresse au processus à l'éclairage des blocs 'structure', d'une part, et acteurs-valeurs, d'autre part, ce qui donne le tableau suivant.

Tableau 7

Schéma de diverses approches de l'organisation



L'analyse stratégique postule que l'individu dans une organisation, avant que de n'être une main ou un coeur, est avant tout une tête, donc une liberté. Ainsi, l'organisation devient-elle un système d'action concret composé d'acteurs libres et poursuivant des buts individuels qui ne sont pas nécessairement les buts officiels de l'organisation. Pour découvrir la dynamique de l'organisation, il faut remonter aux acteurs, identifier les atouts dont ils disposent et cerner les éléments structurels qui les contraignent.

Langaig Lamont a fort bien démontré, dans "Campus Shock", comment les étudiants des "colleges" américains utilisent leur liberté de façon situationnelle, en faisant abstraction quasi totale des buts poursuivis par l'université.

DiNarco en est arrivé aux mêmes conclusions dans ses travaux sur les étudiants en dentisterie :

> "Students may abandon ideological commitment and conventional morality and decide to 'play the game' to get through the courses with a passing grade."
>
> (DiNarco et Pearlmutter, 1976, p.343)

Sherlock, de son côté, a observé combien le cynisme des étudiants en dentisterie croissait pendant les quatre années de formation et combien, d'autre part, le sentiment d'éthique professionnelle décroissait de façon proportionnelle (Sherlock, 1972). Becker démontre comment les étudiants en médecine jouent pour gagner (Becker et al 1961). D'autres chercheurs démontrent, d'autre part, que les attitudes acquises dans les écoles dentaires, ne se transposent pas nécessairement dans la pratique courante (Vinton, 1978; Cash et al, 1974). Le même phénomène semble

jouer dans la formation permanente des professionnels:

> "more and more people believe going to class does not make any difference in what the professional does in the work setting".
>
> (Houle, cité par Watkins, 1980, p.1)

Freidson ébranle lorsqu'il mentionne:

> "Peterson and his associates could find little relation between variations in professional education and the technical performances of general practitioners some years after graduation, nor could Clute in a Canadian study of similar character. A quite different study by Price found no relationship between grade - point - average in medical school and performance in practice. Piven's study of correctional case workers found no significant relation between professionaly desirable "therapeutic" orientation to clients and the presence or absence of a professional case worker education. Carlin found no significant connection between the ethicality of lawyers and the law school they attended. And, in a rather unusual longitudinal study, Gray and his associates found that a group of equally "cynical" medical school graduates differed in their later "cynicism" according to the type of practice in which they engaged.
>
> (Freidson, 1970, p.89)

Lorsque l'on compare les comportements des étudiants dans les écoles dentaires aux comportements des praticiens dans les cabinets, on peut avancer l'hypothèse suivante: les comportements sont conditionnés par les attitudes acquises avant ou pendant la période de formation, mais ils sont déterminés par des facteurs externes à l'université. L'échec avoué des chercheurs en sciences du comportement (Ingersoll, 1977) de n'avoir pu modifier les attitudes des étudiants en dentisterie donne plus de poids à l'hypothèse.

1.4 la difficulté d'opérationnaliser les refontes de programmes

> "Faculties will have to devote more attention to how rather to what students are learning."
>
> (Roark, 1980, p.17)

Dans un récent Colloque de l'"Association of American Medical Colleges", Roark rapporte les propos des participants à l'effet que les curriculums médicaux sont beaucoup trop serrés - "we're already asking too much of medical students" - et que les étudiants connaissent mal ce qui les attend sur le marché du travail:

> "Biology ... doesn't tell the doctor how individuals will react - what their environment is, what their social background has been, what made them sick, what will make them well."
>
> (Roark, 1980, p.17)

Ces remarques à l'endroit des écoles médicales s'appliquent également aux écoles dentaires. L'étudiant en situation d'apprentissage y développe des attitudes situationnelles que lui dictent les impératifs du moment. Le praticien en situation de service en fait autant. Or, les impératifs de l'école ne sont pas nécessairement ceux de la pratique; il n'y a pas entre eux de concordance absolue. Les comportements de l'étudiant et du praticien semblent plutôt être dictés par des besoins souvent divergents. Les auteurs consultés reconnaissent volontiers, par exemple, chez les praticiens dentaires, un besoin de sensibilisation aux sciences de l'administration, dans le sens le plus large de l'expression. Ils reconnaissent dans le même souffle chez les étudiants en dentisterie un besoin de sensibilisation aux sciences humaines. Les carences sont bien identifiées par les observateurs, mais les jeux

situationnels des praticiens et des étudiants rendent difficile le succès des projets de refonte des programmes. L'objectif de professionnalisme que l'on souhaite insuffler aux étudiants risque de devenir une vue de l'esprit, une abstraction, dès lors que l'on évite de toucher aux structures. L'objectif de sensibilisation aux sciences connexes devient difficilement réalisable dès lors que la connaissance de celles-ci n'est pas une condition sine qua non à l'obtention du diplôme. Cela rend les refontes des programmes d'autant plus difficiles que les praticiens, de leur côté, semblent estimer qu'il appartient à l'université de sensibiliser les étudiants au "Practice Management". Et inversement, les étudiants agissent comme s'il appartenait à d'autres qu'à leurs professeurs de les sensibiliser aux besoins de la société. Faut-il essayer de changer les attitudes ou modifier la nature du jeu ?

2. La nature des jeux des étudiants et des praticiens

2.1 un jeu économique fort

L'économie des relations de l'étudiant en dentisterie et du praticien en milieu de travail à l'égard de leur environnement respectif semble être régulée par un mécanisme d'horlogerie. Les rôles de chacun sont prédéterminés par une longue tradition de conservatisme, d'autonomie et de respect de la hiérarchie. Les nouveaux arrivants, tant à l'école que dans le cabinet, s'adaptent à des structures que le temps semble avoir épargnées. Les étudiants ont peu de contact avec le reste de la communauté étudiante universitaire et les dentistes, en dehors de leur vie professionnelle, se retrouvent entre eux. Le jeu économique

des uns est aussi cohésif que celui des autres. "The more pressure, the more they band together" (Sherlock, 1972, p.108).

En milieu universitaire comme en milieu de pratique, les contraintes exercées par les structures amènent des individus déjà bien prédisposés en ce sens, à trouver refuge dans une autarcie qui se prête peu aux échanges avec l'environnement. Ce jeu économique a, jusqu'à aujourd'hui, bien servi les dentistes. Il les éloigne maintenant de plus en plus de la réalité sociale, ce que les dentistes reconnaissent déjà avec une étonnante lucidité. Le président de l'Association dentaire canadienne s'exprime ainsi:

> "Les changements dans la profession dentaire se produisent à un rythme inconnu jusqu'à maintenant. Les questions touchant la main-d'oeuvre dentaire par rapport à la population, les problèmes de structures géographiques, les patients qui ne bénéficient d'aucune protection pour les soins dentaires, les régimes d'assurance dentaire administrés par des tiers, la publicité ... , tels sont les sujets actuels, les problèmes que nous devons envisager aujourd'hui ... . La clé de notre survie est la communication."
>
> (Utas, 1980, p.468)

2.2 un jeu politique traditionnel

Les milieux de formation professionnelle dentaire et les milieux de pratique se prêtent, de façon inégale, à la poursuite des buts des étudiants et des praticiens. La structure flexnérienne "oblige" les étudiants à mettre temporairement de côté leur idéal de service pour qu'ils puissent tâcher de devenir compétents et habiles. La structure des cabinets permet aux praticiens de laisser libre cours soit à leur perfectionnisme soit à leur entrepreneurship. Elle laisse peu de place

à la promotion de la santé dentaire, de sorte que l'objectif le plus facilement accessible par eux devient la qualité technique des services. Les dentistes s'accrochent ainsi à l'idéal qu'ils sont le plus en mesure d'atteindre compte tenu des structures qui les contraignent (technologie - hiérarchie) et des atouts dont ils disposent: (technicité - monopole d'exercice - etc.). Comme tout autre groupe professionnel, ils jouent pour gagner.

A l'université, les professeurs se surspécialisent alors que les étudiants consomment les connaissances en faisant des choix. Dans la pratique, les pourvoyeurs de soins se subdivisent en groupes professionnels de toute nature et les clients effectuent des choix de consommateurs professionnellement compatibles selon qu'ils appartiennent à un groupe socio-économique ou à un autre. Le jeu politique des acteurs demeure étroitement traditionnel comme si les connaissances maîtrisées par les spécialistes en sciences sociales n'avaient aucune résonnance dans le concret. Absence de relais organisationnels, absence d'antennes dans le milieu !

> "While the majority of dental educationists strive to produce the perfect technician and while researchers seek a breakthrough in the biomedical sciences (for a caries-vaccine or the like), the current impact of such activities on the oral health of the community is minor compared to the potential gains to be drawn from other strategies."
>
> (Davis, 1980, p.25)

2.3 un jeu social défensif

> "Comprendre comment les hommes coopèrent entre eux au sein d'une organisation nous permet de développer des propositions importantes sur la façon dont peuvent se résoudre les problèmes d'intégration dans les ensembles complexes et sur la façon dont de tels ensembles se règulent."
>
> (Crozier, 1977, p.256)

Le système de coopération entre les étudiants et les professeurs dans les écoles dentaires est relativement complexe. La recherche de Becker, (Becker et al, 1961), pour autant que ses résultats puissent s'appliquer aux étudiants en dentisterie, et les travaux de Sherlock (Sherlock, 1969 et 1972) révèlent que les normes des étudiants ne sont pas toujours compatibles avec les objectifs poursuivis par les formateurs. D'autre part, la prédominance du contrôle profane dans le processus de distribution des services révélerait, si l'hypothèse était confirmée, que la réalité est souvent tout autre que ce que l'organisation formelle propose. Dans les deux cas, le système d'action concret obéit à des lois non prévues et non souhaitées.

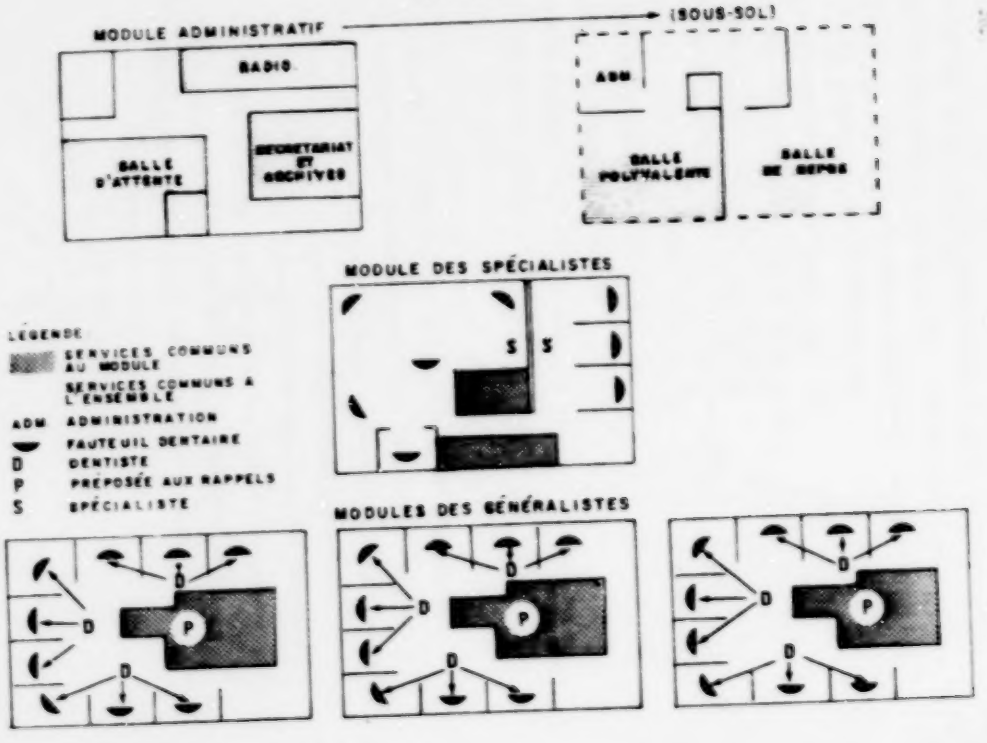
Le peu de recherches empiriques a conduit à l'analyse du fonctionnement de deux cliniques dentaires au Québec. La première étude a été menée à l'automne 1979 auprès d'une clinique que nous avons appelée - pour ne pas qu'elle soit identifiée - la clinique Métropole. La seconde étude a été entreprise au printemps 1980 cette fois auprès d'une clinique que nous avons appelée - pour les mêmes raisons - la clinique Bretonne.

Muni du cadre théorique de Crozier, l'auteur de cette recherche a analysé une clinique qui emploie, au moment de l'enquête, onze dentistes et plus d'une soixantaine d'auxiliaires. Située dans un milieu urbain du Québec, la clinique Métropole se définit comme un "groupe de pratiques" ou plus précisément comme une "fédération" de plusieurs pratiques individuelles. Ainsi, chaque dentiste a une clientèle qui lui est propre, engage un certain nombre d'auxiliaires, fixe ses propres honoraires et travaille à son propre rythme. Les propriétaires de la Clinique partagent une "philosophie de pratique", celle de la distribution de soins complets et ne mettent formellement en commun que certains frais fixes causés par l'entretien du bâtiment et des équipements ainsi que par l'emploi d'auxiliaires communs au groupe tels la réceptionniste, l'archiviste, les techniciens en radiologie, le concierge, l'administrateur et son adjoint.

La clinique Métropole est divisée en cinq modules. Il y a d'abord un module administratif où travaillent les employés de la Clinique. Le module comprend la réception, la salle d'attente commune, les archives, la salle de repos du personnel, la salle de réunion des dentistes. Le second module, celui des deux spécialistes, comprend une salle d'attente particulière, les fauteuils et les auxiliaires. Enfin, les trois autres modules, tous semblables, logent chacun trois dentistes et leur personnel respectif et on y retrouve salles d'attente particulières et laboratoires. L'aspect formel de la Clinique est le suivant :

ASPECT FORMEL DE LA CLINIQUE MÉTROPOLE

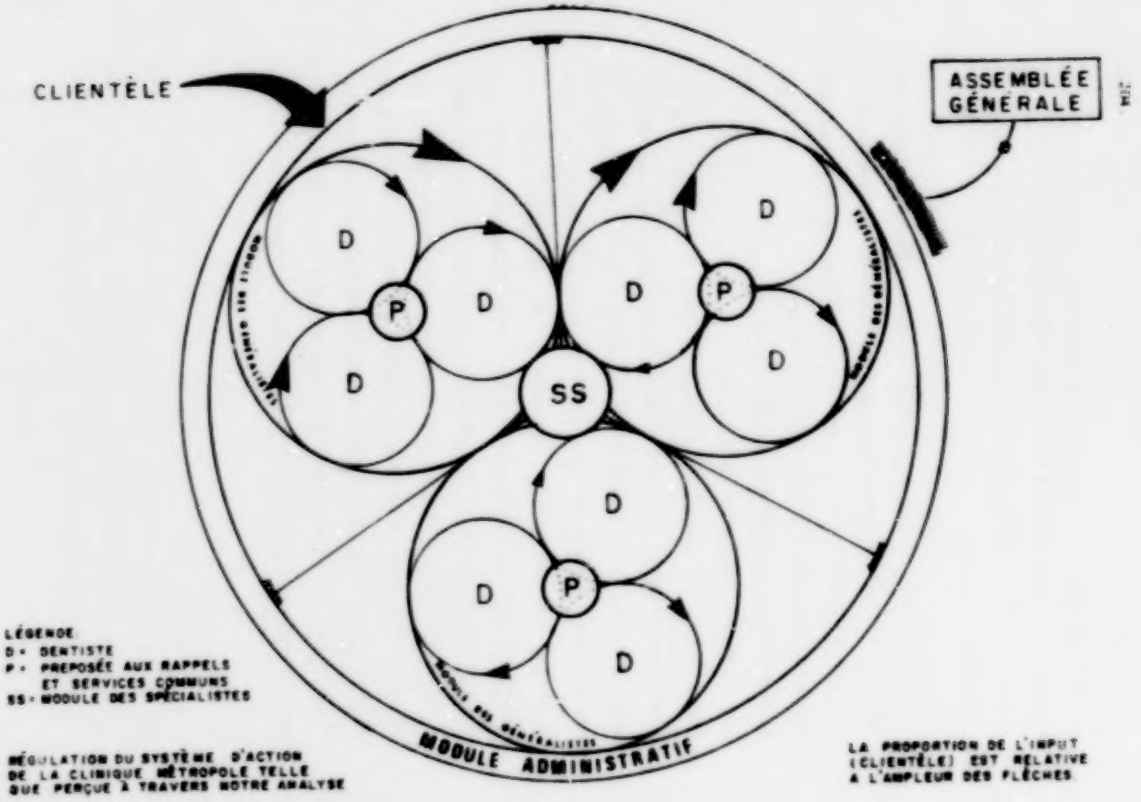
TABLEAU 8



En reconstituant l'organisation à partir des acteurs et de leur système de coopération, l'auteur en est arrivé à identifier un système d'action fort différent de celui que prévoyait la structure formelle de la clinique Métropole.

La Clinique s'est ainsi révélée un système d'action reposant sur une zone critique: la clientèle. Toutes les caractéristiques de l'organisation formelle étaient centrées sur cette zone d'incertitude. Ainsi, les dentistes (et leur personnel respectif) pouvant le mieux s'accommoder de ce type d'organisation étaient ceux qui en tiraient le plus de profit. Ces mêmes individus, ayant une emprise sur le fonctionnement quotidien du système, régissaient le rythme de toute la Clinique. L'étude de cas a fait également nettement apparaître le jeu de pouvoir parmi les membres de la Clinique et notamment l'importance du poste de réceptionniste sur le maintien et l'accroissement de la clientèle. Dans la réalité, l'organigramme officiel (Tableau 8) ne reflétait pas le système d'action concret de la Clinique. Nous avons ainsi reconstitué le système de relations de la Clinique et l'avons soumis ultérieurement à la critique de ses membres, qui tous l'ont reconnu. Le tableau suivant schématise ainsi le système de régulation de la Clinique Métropole et montre que ceux qui absorbent le plus d'"input" de l'environnement (la clientèle) sont ceux qui déterminent le plus les activités des services de soutien qui assurent l'intégration de l'ensemble.

Tableau 9: Le système d'action de la clinique Métropole



Le cas de la clinique Métropole a permis de confirmer la pertinence du modèle d'analyse de Crozier en faisant nettement ressortir l'aspect contingent du développement des organisations. Il a également permis de voir que la méthode de travail de Crozier s'applique à de petites organisations comme celle d'une clinique dentaire. Le cas de la clinique Bretonne a été, dans ce sens, une deuxième confirmation.

En effet, la clinique Bretonne, qui regroupe six dentistes et treize auxiliaires, présente un mode d'intégration non prévu dans les statuts officiels. En effet, l'organisation formelle de la clinique se voulait une réponse à trois types précis de problème: 1- la qualité des soins, 2- la satisfaction de la clientèle et 3- l'efficacité administrative. Mais, les entrevues ont permis d'identifier d'autres types de problème, d'autres zones d'incertitude et, par conséquent, d'autres modes d'intégration.

L'analyse a ainsi révélé une division non seulement des tâches administratives mais aussi des actes professionnels eux-mêmes. C'est ainsi que des dentistes généralistes en sont venus à limiter l'exercice de leur profession à certains actes. Un dentiste, par exemple, prenait tous les cas d'orthodontie mineure alors que les enfants étaient, à peu près systématiquement, tous dirigés vers un autre. Tel autre dentiste était consulté sur les cas d'endodontie et tel autre sur les cas de périodontie.

L'analyse a révélé que les dentistes ont voulu atteindre leur objectif de "qualité des soins" par la technologie et la tenue régulière de réunions scientifiques. C'est par un système de rendez-vous, par une technique d'accueil et par la qualité du personnel, qu'ils

ont voulu donner satisfaction à leur clientèle. C'est, enfin, par la division des tâches, par des règles, par des procédures, qu'ils ont voulu réaliser une gestion efficace des affaires courantes. Mais, la façon d'intégrer ces objectifs s'est avérée, à l'analyse, fort différente de celle que les dentistes avaient prévu. Ainsi, la qualité des soins était atteinte surtout par la division des actes professionnels basée sur l'expertise, les aptitudes et les goûts de chacun. Par ailleurs, la satisfaction de la clientèle reposait davantage sur l'humeur du personnel auxiliaire et, l'efficacité administrative était sacrifiée plus ou moins consciemment par la lourdeur et la lenteur d'un processus décisionnel basé sur le consensus de chacun des dentistes.

Tableau 10

Le système d'action de la clinique Bretonne

Buts de la Clinique (développement, maintien)	Caractéristiques formelles	Mode d'intégration
- qualité des soins	- technologie, réunions scientifiques	- division du travail basée sur l'expertise
- satisfaction de la clientèle	- système de rendez-vous, accueil, qualité du personnel	- humeur des auxiliaires
- efficacité, rentabilité	- division des tâches, règles, procédures	- processus décisionnel basé sur le consensus.

Quelle conclusion tirer de l'analyse des cas de la clinique Métropole et de la clinique Bretonne, sur le point de vue de l'interprétation de leurs objectifs organisationnels ? Quels liens établir entre le mode de coopération dans les cabinets dentaires et celui qui prédomine dans les écoles dentaires ? Rien d'autre que de réaliser dans les deux cas qu'il existe des noeuds de régulation où la dimension stratégique du comportement humain, c'est-à-dire le pouvoir, assure le régulateur fondamental de l'action collective des acteurs, donc de tout le système: système de distribution de soins ou système d'apprentissage de connaissances. En d'autres termes, il ne suffit pas de baisser ou de hausser le thermostat (le régulateur automatique) pour s'ajuster aux conditions de l'environnement.

2.4 Un jeu culturel stable

Pourquoi les structures - le modèle flexnérien et le cabinet individuel - ont-elles été choisies et instituées et pourquoi se maintiennent-elles ? Voilà le problème posé en terme de culture.

Le style de relation entre les étudiants des écoles dentaires et leurs professeurs est particulièrement basé sur le principe des vases communicants. Dans ce modèle d'"autorité incontestée", le professeur transmet, de la meilleure façon possible, les connaissances qu'il maîtrise et il développe les habiletés requises aux techniques opératoires. Nous sommes là loin du modèle socratique prévalant dans les écoles de Droit. Pour réussir, l'étudiant doit apprendre les fondements de la médecine dans le cas contraire, il risquerait fort de confondre anesthésie locale avec somnolence, saignement de gencives avec hémorragie.

Il doit aussi développer, dans un laps de temps relativement court, des habiletés opératoires dont l'acquisition le rend fort dépendant du maître. Les attitudes, les valeurs personnelles que l'étudiant véhicule, les normes auxquelles il s'astreint, ne déterminent pas sa façon d'apprendre; elles ne font, tout au plus, que conditionner les stratégies qu'il utilise pour réussir à devenir compétent et habile. Et, l'étudiant doit arriver à cette réussite en comptant sur des relations de groupe: son apprentissage est dès lors fonction d'un jeu collectif comme l'ont montré les travaux de Sherlock.

Le choix et l'institution du modèle d'apprentissage relèvent de l'histoire: son maintien pour la formation professionnelle médicale s'explique par son orientation à la découverte et à la guérison de maladies plutôt qu'à la promotion de la santé. Le modèle flexnérien en ce sens s'est avéré au cours du siècle comme étant le plus adapté au contrôle de la maladie.

> "But advances in knowledge are one thing, and those in practice are quite another."
>
> (Freidson, 1970, p.371)

D'autre part, l'ignorance ainsi que l'indifférence de la majorité des gens vis-à-vis de la dentisterie ont contribué à maintenir le cabinet dentaire dans la structure que nous lui connaissons aujourd'hui. La place qu'occupe l'hygiène dentaire dans la hiérarchie des valeurs des américains et des canadiens a, beaucoup plus que les caractéristiques des dentistes, déterminé les modes de pratique. En d'autres termes, l'analyse révèle que la signification culturelle de la maladie buccodentaire chez les gens détermine le mode de distribution des services

que ne font que renforcer les caractéristiques des dentistes (individualisme - autonomie - être son propre patron - travail manuel - etc.). Et la transformation de la pratique individuelle à la pratique de groupe est probablement beaucoup plus le résultat de la densité des populations et de ce qui accompagne le phénomène que le résultat d'un changement dans les attitudes des nouveaux étudiants.

> "In fact, on this definition, oral heath problems can only be classified along with other minor conditions of personal comfort and cosmetics as obesity and baldness, conditions which can scarcely be considered matters of national concerns."
>
> (Cohen & Jago, 1976, p.694, cité par Davis, 1980, p.126)

La constance culturelle supporte le modèle médical pour ce qui est de la formation dentaire et renforce le modèle d'entreprise pour ce qui est de la pratique dentaire. Appuyé sur certains travaux (Ingersoll et al 1978) on peut dès lors énoncer l'hypothèse que les praticiens estiment que la déficience la plus grande au niveau de leur formation est la connaissance administrative.

3. Les zones d'intervention

3.1 vers une nouvelle structure d'échanges

Le malaise en dentisterie - on peut maintenant consacrer l'expression - conduit les élites de la profession dentaire à inventorier les zones d'intervention. Pour répondre aux besoins nouveaux de la société - besoins postulés et souvent non clairement identifiés - on propose tantôt d'admettre dans les programmes de formation de nouveaux types

d'étudiants moins individualistes et plus altéro-centrés; on propose tantôt de refondre les curriculums de façon à ne retenir que ce qui serait pertinent et susceptible de répondre aux "besoins de la société" (Brassard, 1977 et 1979; Carnegie, 1971 - Less Time - More Options, Carnegie 1972). Pour lutter contre le phénomène de la division des tâches, on propose la formation globale, le "comprehensive care". Pour pallier la mauvaise répartition géographique, on propose de recruter les étudiants originant des régions mal nanties. Pour maintenir la qualité des professionnels, on propose l'éducation permanente (Perry, 1978, et d'autres). Pour humaniser le dentiste, on propose l'intégration des sciences du comportement dans les curriculums (Dworkin, 1974; Gibdon, 1970). Pour harmoniser le tout, on réclame des politiques de santé dentaire, comme dans le rapport Dussault.

Toute cette réflexion est le résultat de la naissance d'une nouvelle structure d'échanges entre trois principaux intervenants: l'Etat, l'Université, la Profession. Elle implique également - et c'est peut-être là le paramètre le plus marquant - une redéfinition des professions.

3.2 Vers une redéfinition des professions

Des dentistes s'appuyant sur leurs connaissances et demeurant convaincus de l'ignorance des profanes croient qu'il va de l'intérêt public de fluorer par réglementation les eaux de consommation; ces derniers protestent au nom de la liberté. Des spécialistes en éducation, avec des postulats semblables, proposent l'éducation permanente obligatoire pour les professionnels; ceux-ci protestent au nom de la même liberté.

> "This very real problem is, however, characteristically evaluated only from the professional point of view which stresses the ignorance and irrationality of laymen without concern for their counterpart in the ignorance and irrationality of professionals."
>
> (Freidson, 1970, p.377)

La technicité, l'éthique, le monopole tant d'exercice que de définition de l'intérêt public sont de moins en moins reconnus comme caractéristiques uniques des professions libérales. En d'autres termes, l'autonomie légale accordée aux professions n'est plus considérée comme une garantie suffisante de la poursuite par celle-ci de l'intérêt public.

> "I would suggest that, paradoxically, it is this very autonomy which is responsible for developping the professions incapacity to regulate itself in the public interest."
>
> (Freidson, 1970, p.368)

L'autonomie revendiquée par les professions et la prétention de chaque groupe professionnel à la poursuite du bien commun relèvent, dans les faits, beaucoup plus de la défense d'intérêts particuliers. Tant que ceux-ci convergent avec les intérêts généraux, il n'y a pas raison de s'inquiéter outre mesure. La question d'une redéfinition des professions se pose dès le moment où les intérêts deviennent divergents. On croit déjà cette étape franchie.

ii. résumé

Nous avons vu dans quelle mesure l'évolution des jeux des étudiants en dentisterie ainsi que ceux des praticiens a été affectée par les

principales théories des organisations. En comparant les comportements des étudiants et des praticiens, nous avons constaté un jeu économique fort axé sur une grande autonomie, un jeu politique traditionnel, un jeu social défensif et un jeu culturel stable. A l'aide de deux études de cas, nous avons analysé les interactions entre les membres d'une clinique dentaire pour découvrir que les jeux de pouvoir, dans un milieu de pratique dentaire, ne sont pas différents de ceux que l'on peut observer dans d'autres types d'organisation. Nous avons enfin identifié une nouvelle structure d'échanges entre l'Etat, l'université et les professions pour conclure sur la nécessité de redéfinir les professions.

CHAPITRE IX

LA PROFESSIONNALISATION

1. Introduction

"a technique may exist and men may practice it, and yet there may be no profession."

(Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.298)

L'analyse des processus d'apprentissage et de distribution de services, respectivement objet des chapitres troisième et sixième de ce travail, permet de passer à l'examen d'un troisième et dernier processus, celui de la professionnalisation. Point de convergence de notre cadre d'analyse, ce processus dynamique de transformation d'une occupation en profession constitue l'objet d'analyse du présent chapitre.

Nous voyons en première partie en quoi consiste le processus et comment il a marqué, au cours du temps, la médecine dentaire. Nous analysons, ensuite, quatre caractéristiques précises de la profession: 1- le savoir-faire fondé sur un ensemble de connaissances de base; 2- la tendance à la spécialisation; 3- l'autogestion professionnelle et, 4- l'idéal de service.

Nous identifions, en conclusion de ce chapitre, la place qu'occupe la médecine dentaire dans le processus pour, enfin, soulever un certain nombre d'interrogations sur la pratique dentaire au Québec.

1. La professionnalisation

1.1 La naissance d'un processus spécifique

Les sociologues des professions font remonter au 11e siècle les origines du processus de professionnalisation, au moment où apparaissaient en Europe les premières guildes et les premières universités.

> "Out of these institutions, the traditional professions slowly began to assume new forms."
>
> (Freidson, 1972, p.40)

Les occupations de l'époque se sont ainsi développées sous l'impulsion des groupes (les guildes) et sous la lente progression de la connaissance à l'intérieur surtout des universités. Le mouvement scientifique amorcé au 16e siècle et la révolution industrielle du 19e siècle ont ensuite, par l'explosion des connaissances et par la division du travail social, placé les occupations traditionnelles ainsi que les nouvelles, dans la voie de la professionnalisation. Pour reprendre une expression maintenant consacrée, "la société industrielle est devenue une société professionnalisante" (Goode, 1960, p.902).

Le processus de transformation d'occupations en professions a d'abord débuté en Grande-Bretagne (Carr-Saunders et Wilson, 1933; Reader, 1966). Mais, il a pris une direction particulière aux États-Unis (Hughes, dans Kayser et al, 1973, pp.287-291). Dans ce pays, au nom du libéralisme, issu de la Révolution, tout citoyen avait le droit sacré d'exercer n'importe quelle occupation. "John Smith construisait son église et se proclamait évêque". Un certain Abraham

Lincoln, ayant à peine mis les pieds dans une école, devenait un avocat prospère. Tel autre s'affichait médecin ou dentiste dans des conditions à peu près analogues. Les américains s'éloignaient de la mystique des trois grande professions traditionnelles de "Divinity, Law and Physic". Le développement des universités par les grandes églises, l'influence britannique et allemande, les associations à prétention professionnelle, allaient en synergie permettre la transformation des groupes occupationnels en groupes professionnels au nom d'un idéal précis et selon des conditions particulièrement rigoureuses.

1.2 les conditions du processus

> "La professionnalisation d'une occupation peut être présentée comme le processus par lequel des personnes exerçant un travail tentent de définir, de protéger et, si possible, d'étendre les frontières de leurs domaines d'activités, c'est-à-dire de leurs actes et de leur clientèle. La professionnalisation d'une occupation se ramène donc, avant tout, à la construction et à la défense d'un terrain social original."
>
> (Lalibertè, dans Critère, 1979, No 25, p.25)

En d'autres termes, et, pour reprendre la définition de Chapoulie, la professionnalisation est le processus selon lequel un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions établies (Chapoulie, 1973, p.89).

Elliot décrit ce processus de la façon suivante: des individus identifient un besoin social et s'engagent à le combler. Ces pionniers provenant de sources diverses se rencontrent et se regroupent. Le développement de la nouvelle occupation attire d'autres individus à qui on impose des critères d'entrée. Au fur et à mesure que continue le pro-

cessus de professionnalisation, on exige de plus grandes qualifications de la part des membres du groupe de même que des comportements de gentilhomme (Elliot, 1972, pp.112-115).

Un autre chercheur (Wilensky, 1964) identifie les cinq principales étapes du processus. A la première étape, un groupe d'individus s'engage à temps plein dans la solution d'un problème donné. La deuxième étape voit le groupe se doter d'un mode de formation et de critères d'entrée. Les membres du groupe, dans la troisième étape, fondent une association professionnelle. Puis, en quatrième étape, le groupe requiert du public et du législateur le droit de contrôler l'admission dans la profession et les modes de distribution de services. En cinquième et dernière étape, le groupe occupationnel élabore un code de déontologie.

Tout le processus s'articule autour de l'idéal de service à la communauté. Le mépris du "mercantilisme", issu d'une volonté de se distinguer des simples commerçants, a conduit au rejet de la compétition entre professionnels, au développement d'une autonomie individuelle et d'un esprit de corps et, à une attitude de bienveillance envers le client.

Everett Hughes (dans Kaysen, 1973, pp.275-277) cite le système de la maladie et de la distribution des soins pour illustrer le processus de professionnalisation. Seul professionnel parmi d'autres pourvoyeurs de soins, le médecin a réussi à établir son contrôle quasi absolu sur le système allant de la naissance des individus jusqu'à leur mort. Alors qu'auparavant, tout un chacun exerçait ses connaissances en toute autonomie, la professionnalisation de la médecine a placé le médecin au

sommet de la hiérarchie médicale. Ce dernier a pris le contrôle des sages-femmes, de la chirurgie, du nursing. Le pharmacien doit obtenir de lui une prescription. La dépendance est évidente aussi pour les physiothérapeutes et les radiologistes. L'optométrie rend compte aux médecins par l'ophtalmologie. De toutes les professions de la santé, seule la profession dentaire échappe à son contrôle .... Parce que le médecin n'en a pas voulu.

1.3 la professionnalisation de la médecine dentaire

> "Though specialization was a troublesome issue for doctors, for dentists it was a way of asserting professional identity."
>
> (Haber, dans Gordon, 1974, p.258)

Si l'occupation dentaire n'est pas devenue une profession paramédicale à cause, entre autres, de son aspect mécanique, elle n'en est pas moins devenue une profession libérale, une profession établie à cause notamment de l'ampleur même de la formation requise et de sa structure flexnérienne de formation. Déjà en 1926, la Fondation Carnegie reconnaissait la dentisterie comme une profession autonome à l'égal de la médecine (Gies, 1926). Un demi-siècle plus tard, la Commission Carnegie sur l'enseignement supérieur publiera deux rapports, l'un en 1970, l'autre en 1976, dans lesquels la formation médicale et la formation médicale dentaire seront considérées sur le même pied.

C'est cependant dans les modes d'exercice que la professionnalisation de ces deux occupations a emprunté des voies différentes. Les dentistes américains et canadiens ont conservé à peu près le même mode d'exercice depuis un demi-siècle, celui du cabinet individuel avec la

rémunération à l'acte. Les dentistes ont peu évolué dans l'organisation sociale de la santé et des soins dentaires. La profession dentaire, pour emprunter une caricature d'Illich, n'est pas devenue une profession dominante. Le processus de professionnalisation dentaire semble cheminer différemment de la médecine au niveau de l'exercice professionnel. En effet, les médecins ont occupé d'autorité le champ médical et ont contrôlé le phénomène de la division du travail.

1.4 Une évaluation du processus en médecine dentaire

> "Une occupation ne peut exister, survivre et se développer qu'en s'engageant dans un processus de professionnalisation".
>
> (Laliberté, dans Critère, 1979, No 25, p.25)

Nous avons déjà constaté que dans sa dimension formative, la médecine dentaire possède le même niveau de professionnalisation que celui de la médecine, tant aux Etats-Unis qu'au Canada. Cependant, tel n'est pas le cas dans sa dimension organisationnelle. La médecine a franchi des étapes encore inabordées par la médecine dentaire: l'exercice en milieu hospitalier, l'ampleur du champ couvert par la médecine, la division du travail ont, parmi d'autres facteurs, contribué à modifier la relation entre le médecin et son client en plaçant entre eux un certain nombre de nouveaux professionnels de la santé. Le médecin est davantage devenu un homme d'organisation. Le dentiste, de son côté, a conservé, sans trop de mutilation, toute son autonomie ainsi que la responsabilité globale de la santé dentaire de son client. Le dentiste semble cependant commencer à peine à être placé devant l'obligation d'intégrer, comme l'était le médecin il y a déjà plus d'un siècle, les nouveaux

professionnels qui se sont installés dans son champ d'exercice.

Cet écart dans les modes de pratique et de la médecine et de la médecine dentaire a des fondements à la fois sociologiques, culturels et psychologiques. La dimension sociologique montre que l'exercice de la médecine dentaire ne nécessite pas d'infrastructure hospitalière et peut se faire dans des organisations simples. La dimension culturelle fait comprendre que la maladie bucco-dentaire, comme la calvitie ou l'obésité, ne constitue pas une déviance sociale et, partant, contribue à maintenir les modes relativement simples d'exercice dentaire tels les cabinets individuels. La dimension psychologique, enfin, explique que l'importance accordée à la bouche favorise les relations d'intimité et de confiance entre le dentiste et son client.

> "Statistics show us presently that when people move from one city to another, the last professional service person changed is the family dentist. The doctor is changed, the accountant is changed, the pediatrician, the lawyer, the druggist are all changed. But people tend to go back, year after year, to the same dentist even though he may be many miles away."
>
> (Ehrlich, 1979, p.157)

Il faudrait donc, avant de pousser plus loin l'analyse, examiner de plus près les quatre principaux traits d'une profession, ce qui permettra de mieux comprendre le processus selon lequel un groupe occupationnel tend vers le professionnalisme.

2. Les fondements sociologiques de la professionnalisation

La signification du mot "profession" varie lorsqu'il passe d'une culture et d'une société à une autre (Bozzini, 1981, p.392). En prenant la signification que lui donnent les nord-américains, on peut dégager quatre principales caractéristiques. D'abord, la maîtrise d'un savoir-faire ayant un fondement théorique généralement de type universitaire; puis, une tendance à la spécialisation de ce savoir-faire; ensuite, la détention plus ou moins exclusive d'un champ de pratique accompagné ou non de l'autogestion; et, enfin, l'idéal de service (Bozzini, 1981, p.393).

2.1 la maîtrise d'un savoir-faire ayant un fondement théorique généralement de type universitaire

> "The profession as we know it - and as Parsons defines it - depends on the notion of the university as the institution of the intellectual."
>
> (Jackson, 1970, p.4)

Il était assez facile pour un individu, jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle, de devenir, tant aux Etats-Unis qu'au Canada, médecin, dentiste ou avocat. Mais, cette pratique a pris fin quand les associations professionnelles se sont approchées de l'université. Une fois franchie l'étape du travail à plein temps, condition préalable et première pour s'inscrire dans le processus de professionnalisation (Wilensky, 1964, p.142), les dentistes ont acquis une technicité et un savoir-faire qu'ils ont développés à partir d'un fondement théorique équivalent à celui de la médecine (Gies, 1926). L'institutionnalisation de la formation dentaire à l'université, processus achevé au lendemain du rapport

Gies, a permis à la pratique dentaire de répondre aux conditions de la première caractéristique d'une profession de type idéale (au sens wébérien du terme), celle de la maîtrise d'un savoir-faire ayant un fondement théorique généralement de type universitaire.

> "When everyone can claim to be an expert, there is no expertise".
>
> (Sarfatti-Larson, 1977, p.31)

Qu'en est-il dans la pratique quotidienne de la médecine dentaire ?

La reconnaissance, au Québec (Office des Professions, L'évolution du professionnalisme, 1976, p.15) ainsi que dans trois états américains, l'Arizona, le Maine et l'Oregon (Pinto, 1979, p.20), des denturologistes comme membres d'une profession autonome, soulève des interrogations. C'est ainsi qu'un champ d'exercice de la médecine dentaire, la prosthodontie complète, est confiée à des individus dont la formation est de niveau supérieur court. Au niveau de l'application des connaissances, une récente étude (Duquette, 1981) révèle que les québécois édentés accordent leur confiance, et dans l'ordre suivant, d'abord aux denturologistes, puis aux charlatans et, enfin, aux dentistes. Problème de surformation du côté des dentistes ou problème de mal information du côté des clients ?

D'autre part, le savoir-faire des hygiénistes dentaires au Québec entre en "compétition" avec celui des dentistes au niveau de certains acte opératoires. Ce que l'on appelle "fonctions élargies" du côté des hygiénistes dentaires est interprété comme l'envahissement d'un champ réservé pour nombre de dentistes. Une autre partie du champ d'exercice de la médecine dentaire, l'hygiène et les instructions aux patients, est

confiée à des individus, encore là, dont la formation demeure de niveau supérieur court. Problème de surformation du côté des dentistes ou problème de mal information du côté des clients ?

On prête, de plus, aux dentistes d'être, de façon générale, des supertechniciens (Lussier, 1977). D'autres professionnels traditionnels également n'échappent pas à la critique:

> "Certains vont même jusqu'à considérer que le système actuel favorise la production en série de techniciens hors pair, mais qui sont souvent incapables de lire la réalité sociale".
>
> (Université Laval, 1978, p.37)

Serait-ce que dans le processus d'apprentissage, les futurs médecins et les futurs dentistes ont tendance à effectuer des choix de pertinence immédiate que l'on pourrait interpréter comme étant des choix davantage portés sur le savoir-faire que sur la compréhension du fondement théorique des disciplines qu'ils veulent maîtriser ?

Quant au troisième élément de la première caractéristique d'une profession, - la formation de type universitaire -, il n'y a pas lieu, selon les chercheurs (Flexner, 1910; Gies, 1926; Carnegie, 1970; Carnegie Council, 1976; Dworkis et al, 1978; et de nombreux autres) de remettre en question le niveau universitaire de la formation tant médicale que dentaire. D'évidence, l'apprentissage de la médecine, dans l'état actuel des connaissances et dans le contexte curatif de leurs applications, ne peut se faire qu'au niveau d'institutions d'enseignement supérieur.

2.2 une tendance à la spécialisation du savoir-faire

Même s'il n'existe pas de lien organique ou hiérarchique entre les deux professions, la médecine dentaire est une branche de la médecine parce qu'elle est rattachée à la santé. Malgré l'étroitesse de son champ d'exercice, le phénomène de la spécialisation s'y fait quand même sentir.

On reconnaît aux Etats-Unis et au Canada huit spécialités en médecine dentaire. Ainsi, semblablement à la médecine, les diplômés du premier cycle universitaire (docteurs en médecine ou docteurs en médecine dentaire) peuvent poursuivre des études supérieures de deuxième cycle, dites de spécialité ou de maîtrise. Au Québec, en 1981, 10.6% des dentistes inscrits à l'Ordre, soit deux cent quarante-six (246) sont des spécialistes reconnus, soit par une clause qui reconnait l'"expérience acquise ("grandfather clause"), soit à cause des études poursuivies (Ordre des dentistes, 1981, pp.118-128).

En plus des spécialités reconnues, on observe, parmi les dentistes omnipraticiens ou généralistes, une tendance vers la pratique spécifique. Ici encore, le phénomène de la division du travail se fait sentir. En 1975, la répartition des actes professionnels, chez les dentistes omnipraticiens américains, était la suivante :

Répartition des actes	%
diagnostic et instructions	12.8
urgence	3.9
dentisterie opératoire	40.7
prosthodontie	21.9
endodontie	8.2
périodontie	4.9
orthodontie	3.6
chirurgie	6.0
	100.0

(Axe et Johnson, 1978, p.35)

Malgré cet éventail d'actes professionnels, les chercheurs ont noté, sans toutefois le démontrer, une tendance des dentistes omnipraticiens à la pratique limitée à certains actes. Ainsi, certains dentistes omnipraticiens limiteraient leur pratique à telle discipline de la dentisterie et adresseraient à leurs confrères les "cas" qu'ils préféreraient, pour une raison ou pour une autre, ne pas traiter eux-mêmes. Les dentistes auraient ainsi une tendance à adresser de plus en plus de leurs patients ou de leurs clients à d'autres dentistes. Devant ce phénomène, des chercheurs, de plus en plus nombreux, proposent d'inverser le courant par l'accentuation de la formation générale à l'Université (Dworkin, 1978, pp.57-60; Desautels, 1977, p.24; Lussier, 1977, p.12; et d'autres). On propose ainsi la notion de soins globaux (Vaillancourt, 1981). En d'autres termes, on voudrait que le dentiste omnipraticien distribue, dans son cabinet, des soins complets dans tous les secteurs de la dentisterie. Cela supposerait, comme nous l'avons vu dans l'analyse du processus de distribution des soins dentaires, une remise en question de l'exercice individuel et de la hiérarchisation des occupations paradentaires. Cela constitue également un pas en avant

dans le processus de professionnalisation par la remise en question des programmes de formation. La notion de "soins globaux" pourrait supposer que l'acquisition du savoir-faire ne pourrait plus se faire sur des "morceaux de patients". Si l'observation des chercheurs est juste, on serait donc dire que le savoir-faire du dentiste tend de plus en plus à se spécialiser, deuxième caractéristique d'une profession idéale.

2.3 L'exclusivité du champ d'exercice et l'autogestion

> "But even a body of knowledge that is both esoteric and theoretical - and therefore difficult to routinize - is still not a sufficient condition for the control of a competitive market".
>
> (Sarfatti-Larson, 1977, p.31)

Pour Sarfatti-Larson, la professionnalisation est le processus par lequel des pourvoyeurs de services spécifiques tentent de constituer et de contrôler un marché pour leur expertise. Cette étape, constituant le troisième trait caractéristique des professions, demeure la recherche du monopole d'exercice. Sarfatti Larson ajoute:

> "This discretionary power, which goes far beyong mere technical autonomy, derives from monopoly: a monopoly of competence legitimized by officially sanctionned 'expertise', and a monopoly of credibility with the public".
>
> (Sarfatti-Larson, 1977, p.30)

Les dentistes ont déjà construit un marché de services où ils utilisent leur expertise. Ils ont de plus obtenu le monopole d'exercice. Au Québec, l'Office des professions reconnaît deux types de "monopole": l'exercice exclusif et le titre réservé. Les dentistes, comme les médecins, ont le monopole du titre et celui d'un champ d'activité. Les

administrateurs agréés et les psychologues, par exemple, n'ont que le titre réservé (Office des professions, L'évolution du professionnalisme au Québec, 1976, pp.14-15).

Pour Terence J. Johnson, la recherche du monopole d'exercice n'est au fond que la lutte pour le pouvoir entre les groupes professionnels établis qui tentent de sauvegarder et de consolider leurs positions. Selon cet auteur, le professionnalisme présente le double aspect d'idéologie et de stratégie de développement d'un groupe professionnel (Critère, 1979, No 25, pp.89-102). Le professionnalisme est une idéologie en ce sens qu'il réunit un ensemble d'attributs dont les valeurs constituent un idéal à atteindre. Il est une stratégie en ce sens qu'il devient un prétexte à la construction d'un marché de services et à la recherche de son monopole. Si l'on retient le deuxième aspect, on remarque, par exemple, que la stratégie de la profession médicale s'est fait sentir à deux niveaux: au niveau interne puis au niveau externe.

Au niveau interne, la profession médicale a su mettre de l'ordre dans sa maison: ses membres sont liés par un sens d'identité, partagent les mêmes valeurs, assument des rôles connus dans la hiérarchie du système de distribution des soins. Au niveau externe, la profession médicale a fait reconnaître tant au niveau du législateur que du public, l'importance de son rôle et la nécessité de gérer elle-même la santé de la population ainsi que les maladies en cas de "crise".

"Clearly, however, a major role played by the professions in modern society is the institutionalization of trust regarding the behavior of the stranger in a situation of crisis".

(Gerstl et Perrucci, 1969, p.15)

Qu'en est-il de cet aspect de stratégie dans le professionnalisme du côté de la profession dentaire ? Celle-ci montre des faiblesses au niveau interne: faiblesse, par exemple, dans la hiérarchisation des occupations paradentaires. Au niveau externe, la profession dentaire n'a pas pu, à l'instar de la profession médicale, s'assurer autant de reconnaissance tant par l'Etat que par le public. Parce que la maladie bucco-dentaire, à part quelques cancers, n'a jamais fait mourir personne; parce qu'une déficience dans les fonctions de mastication, de phonation et d'esthétique, n'est pas considérée comme une déviance majeure ou comme une déviance sociale.

L'exclusivité d'exercice, troisième élément dans le processus de professionnalisation, est déjà chose acquise en médecine dentaire. L'autonomie dans l'exercice - l'autogestion -, également partie du troisième élément du processus, s'est exercée, en dentisterie, à deux niveaux: d'abord, à celui de la consolidation de la bonne pratique puis, à celui du traitement de l'ensemble des besoins des clients. L'autonomie de la profession dentaire pourrait être menacée si elle ne prend pas pour objet de faire l'adéquation entre les besoins objectifs de soins de la part de la population et le système de distribution des services dentaires. On touche ici du doigt les différentes dimensions du concept de qualité des services professionnels que Contandriopoulos a schématisées (Contandriopoulos, 1981, p.4).

2.4 le professionnalisme en tant qu'idéal de service

Le professionnalisme, même amputé de son aspect de "stratégie", demeure l'idéologie dominante du processus de professionnalisation.

> "Finally, professionalisation necessarily refers to a process and there is sometimes the explicit argument put forward that this process occurs as a determinate sequence of events; that in the process of professionalisation an occupation passes through predictable stages of organisational change, the end-state of which is professionalism".
>
> (Johnson, 1972, p.22)

Le concept du professionnalisme est né d'une volonté de la part de groupes occupationnels de se donner des valeurs distinctes de celles proposées par les industriels et les commerçants (Elliot, 1972); au point où les "professionnels" étaient embarassés d'exiger une rémunération pour leurs services (Reader, 1966, p.37). C'est ainsi que le professionnalisme est avant tout une façon de voir ou de concevoir le travail (Elliot, 1972, p.96; Freidson, 1970, p.188). C'est ainsi, aussi, que, selon le modèle idéal, les professionnels font passer l'intérêt général avant l'intérêt particulier et que le désintéressement caractérise l'accomplissement de leur travail (Chapoulie, 1973, p.92).

L'idéal de service, quelle que soit la façon dont il trouve application dans la vie de tous les jours des professionnels, demeure en soi une réalité dont on doit tenir compte dans le processus de professionnalisation. Concrétisé dans un code de déontologie, l'idéal de service devient le guide d'éthique du professionnel, une façon de concevoir le travail et même, une façon de se comporter en société. Un professionnel est avant tout un gentilhomme. Son code d'éthique assure du moins,

qu'il a l'intention de l'être. Une récente étude sur la déontologie professionnelle au Québec fait ressortir que l'on vise, par des codes d'éthique, d'abord des individus et des comportements individuels singularisés, plutôt que le conditionnement collectif (O'Neil, 1977).

Mais les intentions, si bonnes soient-elles, ne sont pas des garanties suffisantes. Seul le comportement quotidien démontre la présence ou l'absence d'éthique. "Curiously, it is the amateur who personifies dedication" (Gerstl et Perruci, 1969, p.7). Pour Freidson, l'éthique n'est pas une caractéristique dominante dans le processus de professionnalisation. C'est la place qu'occupe une profession dans la division du travail, qui la situe à un endroit donné dans la courbe qu'emprunte le processus (Freidson, 1970, p.186).

> "Most particularly pertinent to ethicality as the test of mere claims on trust, I believe, is the way the profession regulates the work of its members... How they regulate what they do in the public interest represents their effective service orientation or ethicality."
>
> (Freidson, 1970, p.361)

Où se situe la profession dentaire vis-à-vis de cette volonté de service à la population ? L'adoption d'un code de déontologie est déjà chose faite en dentisterie. Et le contrôle de la qualité des actes dentaires constitue une préoccupation depuis fort longtemps au Québec (Plamondon, 1939, pp.1-5). Mais, au-delà des bonnes intentions, et en sus des sanctions prises par la Corporation ou par l'Ordre à l'endroit des dentistes qui ne se conforment pas aux normes de qualité, quelles actions concrètes la profession dentaire a-t-elle entreprises dans ce sens ? La question de la fluoruration des eaux potables et l'accent mis

sur la prévention demeurent certes les actions concrètes les plus visibles de la profession dentaire tant au Canada qu'aux Etats-Unis. Mais, l'accessibilité des services demeure la faiblesse la plus apparente. Cela serait-il dû à la prédominance de l'exercice individuel en médecine dentaire ?

Résumant les rapports Castonguay-Nepveu, CEMOH (Comité d'étude de la main d'oeuvre hospitalière), Bergeron (sur la nécessité d'intégrer la formation des effectifs de santé au système québécois d'enseignement, tant au niveau secondaire et collégial qu'universitaire), Boudreau (sur les infirmiers cliniciens), Bonneau (sur la politique de recherche en affaires sociales), Lalonde (sur les nouvelles perspectives de la santé des Canadiens), Conseil des Sciences du Canada et les services de santé (sur une approche scientifique de l'organisation des services), les membres du groupe OSS (Opération sciences de la santé) font voir que l'ensemble des réflexions qui y sont consignées vont, entre autres, dans le sens d'une remise en question, du travail en solo (Ministère de l'éducation, 1975, tome I, pp.52-61).

3. Une évaluation du processus chez les dentistes québécois

3.1 les dentistes québécois

Les dentistes québécois se situent quelque part dans le processus de professionnalisation. La spécificité culturelle ainsi que l'état plus avancé de la "socialisation" des services de santé pourraient cependant faire apparaître des différences entre les dentistes québécois

et leurs collègues nord-américains. On peut soulever ici de nombreuses interrogations. Les dentistes québécois omnipraticiens se situent dans quel type de système référentiel de clients ? Partagent-ils les mêmes valeurs que leurs collègues hors Québec ? Ont-ils tendance à la technicité ? Adressent-ils beaucoup de clients à leurs confrères ? Quel est leur degré de motivation professionnelle ? Referaient-ils carrière en dentisterie ? Comment s'exerce le contrôle de l'acte professionnel ? Quelles attitudes, quelles attentes ont-ils face à la formation qu'ils ont reçue dans les facultés dentaires ? Sont-ils favorables à la formation dentaire permanente ? Quel type d'influence exercent les professeurs d'université dans la transmission des valeurs professionnelles ? Autant de questions ne peuvent se poser ni encore recevoir de réponse sans un cadre de référence. Il convient ici de rappeler celui que nous avons emprunté dans cette recherche.

La formation professionnelle constitue une variable déterminante dans le processus de professionnalisation. Le savoir-faire fondé sur un ensemble de connaissances théoriques est une condition principale du processus. La revue des écrits a cependant fait ressortir une deuxième variable, celle du fait organisationnel. Les modes d'exercice, le contrôle par les pairs, la spécialisation, l'idéal de service pèsent lourd dans le processus de professionnalisation. Jusqu'à quel point ? C'est ici que la question de recherche prend toute sa signification: <u>Quel est le poids relatif de la formation professionnelle et de la pratique professionnelle dans le processus de professionnalisation ?</u>

3.2 Les limites de l'évaluation

La revue des écrits permet de voir qu'il n'y a pas de formule toute faite pour mesurer le processus de professionnalisation. Il y a d'abord l'approche processualiste qui est celle, par exemple, de Carr-Saunders et Wilson ou de Hughes. Cette approche suggère que les occupations se classent sur une échelle ou sur un continuum allant de la moins professionnelle à la plus professionnelle. Le processus de professionnalisation devient ainsi un processus d'acquisition de traits distinctifs que prétendent posséder les professionnels établis. Il y a également l'approche fonctionnaliste qui veut que l'on analyse une profession par ses attributs. On reconnaît ici des chercheurs comme Parsons ou Barber. Il y a encore l'approche historique où l'on décrit le processus par lequel les professions traditionnelles ont acquis leur statut. Il y a aussi l'approche du contrôle occupationnel. On reconnaît là des auteurs tels Barfatti-Larson, Johnson, Freidson. Il y a aussi d'autres écoles.

> "Johnson totalisa vingt-trois éléments différents susceptibles de distinguer les professions des autres activités de travail. Or, pas un seul de ces vingt-trois éléments ne constitue une constante présente dans toutes les (21) études. Johnson n'a même pas pu trouver deux études en accord sur une même combinaison d'attributs".
>
> (Office des professions, 1976, p.29)

A défaut de modèle éprouvé, nous choisissons, dans cette recherche, de mesurer la professionnalisation des dentistes québécois par les dix attributs suivants:

- <u>À un niveau global</u>

1- par les caractéristiques individuelles;

2- par les valeurs communes;

3- par les attitudes face à la profession.

- <u>au niveau de la formation professionnelle</u>

4- par les attitudes vis-à-vis des sciences de base comme fondement théorique du savoir-faire;

5- par les attentes face à l'université;

6- par les attitudes face à l'éducation permanente.

- <u>au niveau du fait organisationnel</u>

7- par la nature du contrôle exercé par les pairs;

8- par la reconnaissance publique et par le contrôle d'un marché de services;

9- par la tendance à la spécialisation;

10- par l'idéal de service.

Le rationnel derrière ce choix se retrouve dans le schéma conceptuel adopté et décrit dans l'introduction. L'instrument de mesure tient compte à la fois des deux variables - pratique professionnelle/fait organisationnel - et du mode d'analyse de Crozier.

RESUME DE LA TROISIEME PARTIE

La troisième partie de cette recherche est consacrée à une analyse d'adéquation entre la variable "formation professionnelle" et la variable "fait organisationnel", en médecine dentaire. Nous avons mis en parallèle deux structures - l'école et le cabinet - pour voir sous différents angles, dans le chapitre sept, la question des révisions de programme de formation professionnelle. Nous avons ensuite examiner le "jeu" de deux types d'acteurs - l'étudiant et le praticien - pour donner, dans le chapitre huit, un sens aux lieux de formation et d'application des connaissances en dentisterie. Nous venons enfin d'examiner, dans le chapitre neuf, quelques éléments du processus de professionnalisation, point de convergence du cadre théorique de cette recherche.

Dans la quatrième et dernière partie, nous verrons comment le schème conceptuel, développé à la suite de la revue des écrits, trouve application dans un milieu concret: celui des dentistes québécois. Ainsi, à l'aide de l'instrument qui constitue le questionnaire, nous verrons, en trois chapitres successifs, d'abord les divers éléments du questionnaire comme instrument de recherche; puis, une analyse des résultats et, enfin, une réflexion sur le pouvoir du "malade" ou du client dans la relation professionnel/client.

QUATRIEME PARTIE

La vérification du schéma conceptuel dans un milieu concret

La partie précédente de cette recherche constituait une analyse d'adéquation entre deux variables déterminantes dans le processus de professionnalisation: la formation professionnelle et la pratique professionnelle respectivement object d'analyse des première et deuxième parties. Dans cette quatrième et dernière partie de la recherche, nous voyons dans quelle mesure l'hypothèse sous-jacente à notre schème conceptuel se vérifie, s'infirme ou se confirme, dans un milieu concret et spécifique: celui des dentistes québécois.

En effet, nous avons déjà vu l'importance de deux variables précises dans le processus de professionnalisation tant en dentisterie que dans d'autres professions établies. À l'aide de l'analyse stratégique, nous avons étudié trois processus: 1- l'apprentissage professionnel, 2- la distribution des services professionnelz et 3- la professionnalisation. La grille d'analyse - historique/sociologique/prospective - a ensuite permis d'organiser dans une séquence qui se voulait cohérente un certain nombre de concepts, de les analyser et de les critiquer. L'opération a permis de faire ressortir l'importance du fait organisationnel dans le processus de professionnalisation et, plus encore, de voir la présence constante dans celui-ci, tant en milieu d'apprentissage qu'en milieu de pratique, d'un concept clé: celui du pouvoir. C'est ainsi qu'une absence relative d'adéquation a pu être observée entre la formation professionnelle et la pratique professionnelle à cause du jeu opportuniste - au sens crozièrien du terme - des acteurs qui agissent

uniquement en fonction des situations tant en milieu universitaire qu'en milieu de pratique. Ces observations ont tout naturellement conduit à la vérification "sur terrain" de leur pertinence. Les trois derniers chapitres de la recherche sont consacrés à cette démarche et à ses résultats.

Nous avons d'abord procédé à une série d'entrevues avec des dentistes pour ensuite analyser deux cas précis: les cliniques Métropole et Bretonne. Ces actions, loin de constituer des écarts ou des digressions, ont permis de mieux construire un instrument de mesure approprié: le questionnaire de recherche. Le premier chapitre (chapitre X) de cette quatrième partie est ainsi consacré à la description de cette démarche. Il y sera traité de la façon dont le questionnaire a été construit puis, administré.

Dans le deuxième chapitre (chapitre XI), encore de la quatrième partie, les résultats de la recherche sur le terrain sont d'abord sélectionnés en fonction du cadre de référence, puis analysés et interprétés comme tels.

L'objet du dernier chapitre (chapitre XII), à la fois de la quatrième partie et de la thèse elle-même, constitue l'étalement de nos conclusions. Nous y discutons plus librement du processus de professionnalisation en dentisterie, des facteurs qui le balisent et l'encadrent, pour terminer sur la signification du pouvoir comme élément clé de tout le processus.

CHAPITRE X

L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

1. Introduction

Ce chapitre fait voir ce qui a précédé la construction d'un questionnaire destiné aux dentistes du Québec (voir [illegible]). l'instrument a été bâti, puis administré. La deuxième partie est consacrée à la validation des données recueillies et la dernière partie enfin, démontre comment nous allons procéder pour vérifier empiriquement l'hypothèse centrale de la recherche.

1. L'administration du questionnaire de recherche

1.1 les objectifs de l'enquête

La revue des écrits, les entrevues systématiques menées auprès d'une vingtaine de dentistes omnipraticiens et les deux études de cas auprès de cliniques dentaires au Québec, ont permis de définir les principaux indices du questionnaire destiné à vérifier les hypothèses de recherche. L'objectif principal était de clarifier les relations entre la préparation universitaire des dentistes québécois et la pratique professionnelle en obtenant de ceux-ci des informations sur leurs caractéristiques personnelles et professionnelles ainsi que sur leurs attentes et sur leurs attitudes vis-à-vis de la profession et de l'université. Les autres objectifs étaient liés directement à la recherche

de la validation d'un certain nombre d'hypothèses sur la variable "fait organisationnel" comme variable significative du processus de professionnalisation des dentistes du Québec.

1.2 le choix des variables à mesurer

La formation professionnelle, la pratique dentaire et le processus de professionnalisation ont servi de base au choix des variables à mesurer. Ainsi, la variable "formation professionnelle" a-t-elle donné lieu à un certain nombre de questions portant sur ses trois éléments principaux: les sciences de base, les sciences cliniques et les attitudes. Les indices des deux premiers éléments, "les sciences fondamentales et les sciences cliniques" ont servi à qualifier les atouts des dentistes alors que les indices du concept "les attitudes" ont servi à mesurer leur tendance à privilégier certains modes de pratique. La variable "pratique professionnelle" a été vue en termes de structures et d'atouts des acteurs. D'autre part, la professionnalisation des dentistes a été mesurée par un certain nombre d'attributs regroupés dans des catégories distinctes selon qu'ils avaient une connotation d'atouts, d'attitudes, de conduite stratégique et de contraintes. Le cadre de référence, c'est-à-dire cet ensemble ordonné de concepts qui ont servi à la construction des questions puis, ultérieurement, à l'analyse des données, a tenu compte de variables socio-démographiques, de variables socio-culturelles, de variables socio-professionnelles puis de contenu de la formation initiale, de la formation permanente, du milieu de la pratique puis des valeurs individuelles et professionnelles.

les types de curriculum

Nous avons choisi de mesurer, dans cette partie empirique, la variable "formation professionnelle" sous l'angle déjà retenu dans la partie analytique, c'est-à-dire l'angle évolutif. Ainsi, au lieu de considérer, par exemple, des variables telles que les spécialistes par rapport aux généralistes, ou encore d'autres comme la formation professionnelle dans les trois écoles dentaires au Québec, nous avons opté pour la division en trois groupes équivalents dans le temps à trois types de formation: d'abord, le curriculum d'avant 1960 (type A), puis celui de 1960 à 1969 (type B) et, enfin, celui de 1970 à 1979 (type C).

La revue des écrits a permis de faire l'hypothèse que le curriculum dentaire au Québec n'a pas tellement changé entre les années 1940 et le début des années 1960, époque où tout le système d'éducation était révolutionné au Québec et où l'on retrouvait aussi à l'université les signes avant-coureurs de la Réforme. Bien sûr, l'année 1960 n'a rien de magique ni de tranchant dans l'absolu, mais on considère déjà au Québec que la fin d'une époque et tout le mouvement de fond issu de l'après-guerre ont fait une brisure. C'est avec cette réserve que nous considérons le curriculum dentaire d'avant 1960 comme étant du type A, étant également entendu que nous donnons à l'expression "curriculum professionnel" un sens beaucoup plus large que la simple énumération d'un bloc de cours obligatoires. Comme type B, nous considérons le curriculum dentaire de la décennie '60, qui a vu la disparition du cours classique, la création de cégeps, la mise sur pied de plusieurs nouvelles universités, l'injection de centaines de millions de dollars dans les universités existantes, l'arrivée de spécialistes comme professeurs de carrière dans

les facultés dentaires, la contestation étudiante à travers le monde. La décennie '60 est une période en soi; elle motive à elle seule le choix du type B "en tant que période transitoire". Le troisième type choisi, le type C, constitue la période de 1970 à 1979; période d'accalmie apparente certes, mais période différente de la précédente et pour de nombreuses raisons déjà évoquées (Lamont, 1979). Le curriculum dentaire du type C est celui qui voit l'arrivée d'une nouvelle clientèle à l'université, l'arrivée également, dans les écoles dentaires, de professeurs non-dentistes. Cette période est caractérisée par un profond changement dans le style des relations étudiants/professeur, par un changement aussi des valeurs des uns et des autres. Le curriculum dentaire du type C s'inscrit en outre dans une université de plus en plus bureaucratisée.

les modes de pratique

En plus des caractéristiques des dentistes, le fait organisationnel comprend également les modes d'organisation de leur pratique. Dans le modèle de l'analyse stratégique, on s'intéresse d'abord aux contraintes formelles de l'organisation pour ensuite voir le contexte immédiat dans lequel elle s'inscrit pour aller, enfin, analyser son environnement (cf. tableau 7, p.191). Ce modèle nous a dicté le choix de trois variables articulées autour des modes de pratique des omnipraticiens oeuvrant en cabinet privé. Nous en avons identifié trois: d'abord, la pratique individuelle (mode I), puis la pratique fédérative (mode II) et enfin, la pratique de groupe (mode III).

Le choix du mode I se comprend aisément. C'est cependant la revue des écrits confirmée par les deux études de cas ainsi que par les entre-

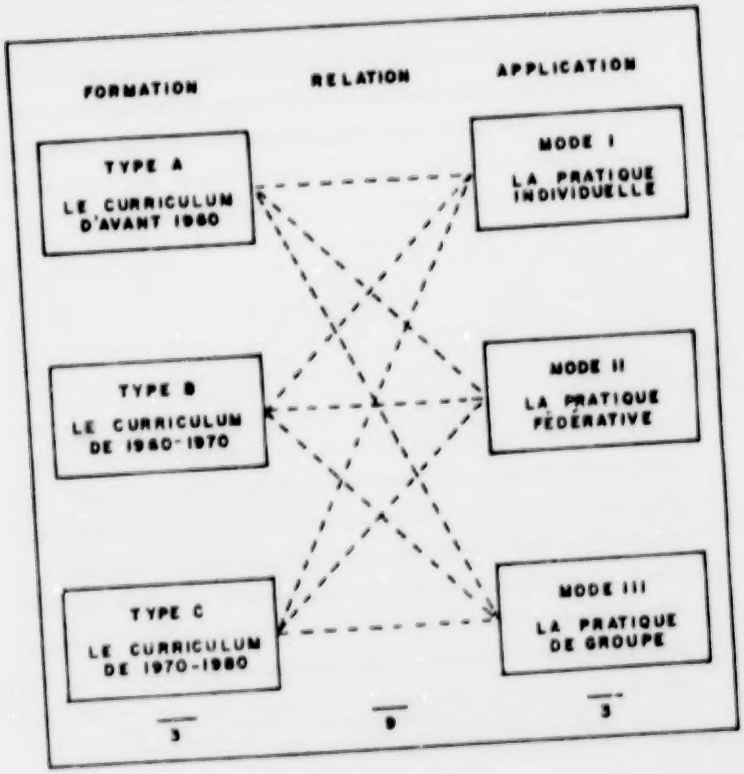
vues avec de nombreux dentistes qui nous ont fait distinguer les modes II et III. La typologie habituelle dans la littérature dentaire consiste en trois modes: la pratique individuelle, la pratique à deux et, la pratique de groupe, c'est-à-dire la pratique à trois dentistes et plus. Nous entrons dans le mode II, dans la pratique fédérative, tous ces dentistes qui travaillent ensemble, indépendamment du nombre, mais qui outre cette caractéristique bien précise, n'ont à peu près pas d'interaction entre eux. Le lien entre eux est géographique uniquement. La pratique fédérative est ainsi une superposition de cabinets individuels. Ce sont des dentistes qui mettent peu de choses en commun et qui plus souvent qu'autrement ne partagent qu'un même milieu physique de travail. Nous entendons, enfin, par pratique de groupe, en mode III, ces organisations qui comptent au moins trois dentistes et dont les membres entrent en interaction. Ceux-ci, au contraire de ceux du mode II, partagent et échangent au niveau de l'exercice de leur activité proche, en plus qu'à celui des services auxiliaires (comptabilité, réception).

le tableau situationnel

Nous avons ainsi choisi de mesurer empiriquement la variable "formation professionnelle" en tenant compte de trois types précis de curriculum. Ce choix est une conséquence de l'approche évolutive déjà prise dans cette recherche. Nous avons, d'autre part, choisi de mesurer la variable "fait organisationnel" en tenant compte cette fois de trois modes précis d'organisation de la pratique dentaire; ce choix découle du schéma théorique de départ qui privilégie, dans l'approche stratégique, l'analyse des structures. C'est ainsi que l'on pourra observer les relations entre les trois types de curriculum et les trois modes de pratique. Le tableau situationnel indique les interactions à mesurer.

Tableau 11

Le tableau situationnel



1.3 la construction du questionnaire

Muni de ce cadre de référence, vérifié par les études de cas, nous avons traduit en indices mesurables les différents concepts et bâti un questionnaire. La facture de celui-ci a été fixée, après l'examen de neuf questionnaires de recherche (Crozier, 1965; Carlos, 1971; Sherlock, 1972; Lepage et Massot, 1974; Poupart et Toulouse, 1974; Université de Montréal, Département d'informatique, 1978; Chambre des notaires du Québec, 1979; Cormier, Lessard et Valois, 1979; Routhier, 1979).

Après une dizaine de versions, nous avons arrêté les termes du questionnaire et l'avons pré-vérifié auprès de cinquante-cinq dentistes omnipraticiens et spécialistes ainsi qu'auprès de cinq professeurs dentistes de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et l'avons soumis à l'examen de six professeurs de disciplines diverses (deux en éducation, deux en sociologie, un en informatique, un en santé communautaire). Le but de l'expérimentation était de préciser si les questions étaient correctement posées et comprises de la même manière par les répondants. Cette opération a permis de fixer de façon définitive les termes et la facture du questionnaire. Tout comme dans l'enquête Dussault, nous avons choisi, et pour les mêmes raisons, de faire parvenir le questionnaire à tous les dentistes du Québec.

> "Cette formule a le désavantage de permettre aux répondants de se choisir eux-mêmes, ce que compense le nombre de réponses généralement plus élevé".
>
> (Dussault et al, 1979, p.59)

Faute de moyens, et contrairement à l'enquête Dussault, nous n'avons pas traduit le questionnaire en anglais. Nous avons cependant

marqué les questionnaires destinés aux anglophones afin de pouvoir, par la suite, mieux les identifier et les éliminer dans l'hypothèse d'un faible taux de réponse.

L'ensemble des dentistes inscrits au registre de l'Ordre des dentistes du Québec, en mars 1980, constituait la population visée, soit 2 306 individus. Le questionnaire a été mis à la poste en trois étapes successives: un envoi de 1 556 le 28 mars 1980; un autre de 700 le 29 mars et un dernier de 50 le 31 mars 1980. Le questionnaire a été envoyé aux répondants par l'entremise de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. L'envoi comprenait une lettre de transmission bilingue de son président, une lettre d'appui de l'adjoint au doyen à la refonte du curriculum de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, et une enveloppe affranchie de retour. Trente jours après le premier envoi, l'auteur a mis à la poste une lettre de rappel.

Mille trente-trois (1 033) personnes, soit 44.8% des dentistes québécois, ont retourné le questionnaire avant la date de non considération préalablement fixée par l'auteur. Huit cent cinquante-deux (852) dentistes avaient retourné le questionnaire avant le rappel et deux cent quatre-vingt-un (281) à la suite du rappel postal. Onze dentistes, portant le nombre de répondants à 1 044, ont retourné le questionnaire trop tard. Ces questionnaires, en conséquence, n'ont pas été considérés. La population totale des répondants est demeuré à mille trente-trois (1 033).

2. La validation des données recueillies

2.1 La représentativité des répondants

Nous analysons la représentativité des répondants en utilisant les variables retenues pour les mêmes fins dans le Rapport Dussault. Ces variables sont le sexe, le type de pratique, les régions, la langue d'usage et le nombre d'années de pratique. En comparant nos résultats à ceux de Dussault, nous observons une sous-représentation des répondants anglophones ainsi qu'une sous-représentation des répondants de la région de Montréal où les anglophones sont fortement concentrés. Nous observons également une sous-représentation des spécialistes ainsi que des dentistes ayant 41 ans et plus de pratique. Toutefois, le nombre de répondants demeure suffisamment élevé pour ne pas remettre en cause la validité des informations concernant ces populations. Avec, par exemple, 38.3% de l'ensemble des dentistes de la région ayant répondu, l'échantillon demeure acceptable, compte tenu de la nature de cette recherche. Tout comme dans le Rapport Dussault, les seuils observés pour chacune des variables sont de l'ordre de 0.001.

Comparaison entre la population dentaire totale et la population des répondants au questionnaire (Rapport Dussault)

Variables	Ensemble de dentistes (N = 7224)	Répondants (N = 759)
A) Sexe: Hommes	96.0%	96.7%
Femmes	4.0%	3.3%
B) Type de pratique:		
Généralistes	90.8%	90.9%
Spécialistes	9.2%	9.1%
C) Région de pratique:		
Bas St-Laurent, Gasp.	1.5%	2.8%
Saguenay, Lac St-Jean	2.2%	2.2%
Québec	12.7%	15.2%
Trois-Rivières	4.3%	5.5%
Cantons de l'Est	3.6%	4.7%
MTL, Rive-sud	12.0%	9.5%
MTL, Métropolitain	53.6%	48.9%
MTL, Laurentides	4.9%	5.7%
Outaouais	2.2%	2.2%
Nord-Ouest	1.2%	1.3%
Côte-Nord	0.7%	0.9%
Nouveau-Québec	0.2%	0.1%
Hors-Québec	1.0%	0.9%
D) Nombre d'années de pratique:		
5 ans et moins	26.2%	25.6%
6 - 10 ans	15.7%	16.7%
11 - 15 ans	11.6%	13.3%
16 - 20 ans	10.6%	10.6%
21 - 25 ans	8.1%	7.6%
26 - 30 ans	10.1%	10.4%
31 - 35 ans	6.6%	6.1%
36 - 40 ans	3.5%	4.6%
41 ans et plus	7.6%	4.0%
E) Langue d'usage:		
Français	77.8%	85.5%
Anglais	22.2%	14.5%

• Il n'y a pas de différence significative (seuil = 0.001) entre les deux populations, sauf en ce qui concerne la langue d'usage (χ^2 = 20.804 significatif)

Tableau I2

La représentativité
au questionnaire de recherche

Variables	Ensemble des dentistes (N = 2306)	Répondants (N = 1033)
A. Sexe: Hommes	94.0%	93.6%
Femmes	6.0	6.4
B. Type de pratique		
- généralistes	90.1%	93.9%
- spécialistes	9.9	6.1
C. Région de pratique		
- Bas St-Laurent, Gasp., Côte Nord	2.5%	4.5%
- Saguenay - Lac St-Jean	2.5	3.2
- Région de Québec	12.7	15.1
- Région de Trois-Rivières	4.4	4.9
- Cantons de l'Est	3.5	3.8
- Laurentides	9.5	10.9
- Région de Montréal	48.0	38.3
- St-Jean - Beauharnois	9.8	10.0
- Richelieu, St-Hyacinthe, Granby	3.3	3.9
- Outaouais	2.4	3.1
- Nord-Ouest	1.4	2.2
D. Langue d'usage		
- Français	77.4%	92.6%
- Anglais	22.6	7.4
E. Nombre d'années de pratique		
- 5 ans et moins	26.2%	27.8%
- 6 - 10 ans	15.7	21.0
- 11 - 15 ans	11.6	13.6
- 16 - 20 ans	10.6	9.3
- 21 - 25 ans	8.1	8.1
- 26 - 30 ans	10.1	8.3
- 31 - 35 ans	8.6	6.3
- 36 - 40 ans	3.5	3.0
- 41 ans et plus	7.6	2.2

Du nombre total de dentistes francophones au Québec, soit mille sept cent quatre-vingt-quatre (1 784), lors de l'enquête, neuf cent cinquante-six (956), soit 53.6%, ont retourné le questionnaire. Quant aux anglophones, soixante-dix-sept (77), soit 14.7% sur les cinq cent vingt-deux (522) ont fait de même.

Nous n'avons pas estimé devoir remettre en cause la validité des informations concernant les anglophones, parce que cette population est fortement concentrée dans la région du Montréal-métropolitain et donc sujette à moins de variations que si elle était dispersée. De plus, la revue des écrits a révélé que les dentistes nord-américains présentent à peu près les mêmes caractéristiques dans presque tous les domaines de leurs activités professionnelles. Le Tableau 12 établit la représentativité des répondants selon les variables mentionnées plus haut.

2.2 l'administration des données

Nous avons procédé à la codification des données et le Centre de calcul de l'Université de Montréal a assuré l'opération subséquence de la perforation des cartes. Pour donner plus de validité aux deux opérations, nous avons, comme d'autres chercheurs (Cormier, Lessard et Valois, 1979), utilisé le SPSS (Null et al, 1975; Loether et Mctavish, 1974) pour vérifier au hasard 5% des questionnaires retournés (n = 52). Ainsi, l'opération de vérification a révélé six erreurs et cinq oublis sur 12 064 codifications, c'est-à-dire une probabilité d'erreur de .00058. Nous avons relevé deux erreurs dans la perforation, soit une probabilité d'erreur de .00016.

Nous avons ensuite porté les données sur bande magnétique et procédé au nettoyage du fichier des données. Le premier tableau de données brutes a permis ensuite d'établir la représentativité des répondants, comme nous l'avons vu précédemment.

3. La construction des variables de recherche

En utilisant le tableau situationnel, nous avons procédé à l'identification par indices mesurables des types de curriculum ainsi que des modes de pratique. Nous avons délibérément exclu, dans la construction de ces variables, les spécialistes, les professeurs, les fonctionnaires et les retraités. Nous n'avons conservé que les omnipraticiens pour mieux les situer dans un type donné de système référentiel de clients. Ainsi, le nombre de répondants correspondant à la définition d'omnipraticiens s'est limité à 889.

3.1 Les types de curriculum

Nous avons formé trois variables ou trois groupes selon la formation reçue. Nous avons retenu, à ce sujet, comme seul critère, le temps de graduation puisque la revue des écrits a laissé clairement voir que les curriculums dentaires se ressemblent et dans leur structure et dans leur contenu. Nous avons ainsi identifié un premier type - le type A - correspondant aux dentistes ayant gradué avant 1960, c'est-à-dire avant cette période de début de la Révolution tranquille au Québec. Le deuxième type - le type B - a été constitué des répondants ayant gradué entre 1960 et 1969, parce que cette décennie a vu une explosion des

connaissances, l'activisme des étudiants et de nombreux professeurs de spécialiser en dentisterie. Le troisième type - le type C - a été celui des répondants ayant gradué entre 1970 et 1979, décennie marquée par le développement de la dentisterie préventive et par une clientèle spécifique dans le sens que la majorité des gradués de cette décennie provenaient d'une nouvelle institution au Québec: le CEGEP.

L'opération donne le tableau suivant :

Tableau 13

Répartition des répondants selon

les types de curriculum

A :	avant 1960	: N = 236
B :	entre 1960 et 1969	: N = 198
C :	entre 1970 et 1979	: N = 455
	Total	: N = 889

3.2 Les modes de pratique

Toujours avec la même population d'omnipraticiens (N = 889), nous avons identifié trois modes de pratique. Le premier mode - le mode I - est composé des répondants en pratique individuelle. Le deuxième mode - le mode II - que nous appelons la pratique fédérative, est composé de répondants qui exercent à deux ou qui, même exerçant à trois dentistes et plus, ne répondent pas aux critères de la pratique de

groupe. Le troisième mode - le mode III - ou pratique de groupe, est composé de tous les répondants qui exercent à trois ou plus et qui, en plus, répondent à l'une ou l'autre des conditions suivantes: 1- ils consultent leurs confrères de pratique au moins une ou deux fois par semaine; 2- la clientèle du groupe est commune; 3- le groupe assure collectivement la responsabilité de la santé buccale des patients; et, 4- leur travail est souvent vérifié par un collègue. Tous ceux qui ne répondent pas à au moins une de ces conditions ont été placés dans le mode II. L'opération donne le tableau suivant :

Tableau 14

Répartition des répondants selon

les modes de pratique

I	pratique individuelle	N = 461
II	pratique fédérative	N = 271
III	pratique de groupe	N = 157
	Total	N = 889

3.3 Les indices du processus de professionnalisation

La revue des écrits a fait voir l'importance du contrôle de l'acte professionnel par les pairs ainsi que du pouvoir que le profane exerce dans sa relation avec le dentiste. Elle a fait voir d'autre part que la

profession dentaire, au Canada comme aux Etats-Unis, est hautement professionnalisée (formation longue, savoir faire spécifique, fondement théorique, monopole d'exercice, sens de l'identité, etc). La revue des écrits a permis également de voir les étapes que la médecine dentaire a franchies pour atteindre son statut professionnel actuel (l'approche historique). Elle a permis aussi d'identifier les attributs caractéristiques des professions "idéales" qu'elle possède (l'approche fonctionnaliste). Nous avons, par conséquent, choisi de mesurer la professionnalisation des dentistes davantage en termes de pouvoir et en termes de valeurs. Les dix attributs évoqués précédemment constituent les indices par lesquels nous avons voulu mesurer la professionnalisation des dentistes. Nous les rappelons ici :

<u>A un niveau global</u>

1- les caractéristiques individuelles;

2- les valeurs communes (sens d'identité);

3- les attitudes face à la profession.

<u>au niveau de la formation professionnelle</u>

4- les attitudes vis-à-vis des sciences de bases comme fondement théorique de leur savoir faire;

5- leurs attentes face à l'université;

6- leurs attitudes face à l'éducation permanente.

<u>au niveau du fait organisationnel</u>

7- le contrôle par les pairs;

8- la reconnaissance publique et le contrôle d'un marché de services;

9- la spécialisation;

10- l'idéal de service.

Nous considérons les caractéristiques et les valeurs (1 et 2) des dentistes en termes d'atouts; nous interprétons les attitudes, les attentes et l'idéal de service (3, 4, 5, 6 et 10) en termes d'attitudes; nous percevons le contrôle et la spécialisation (7 et 9) en termes de conduites stratégiques. La reconnaissance publique et le contrôle du marché de services (8) sont finalement vus en termes de contraintes. C'est ici que nous appliquons, à l'étude du processus de professionnalisation, le cadre d'analyse de Crozier. Le réaménagement donne le tableau suivant :

Tableau 15

Les indices de mesure du processus de professionnalisation selon l'analyse stratégique

en termes d'atouts

- les caractéristiques individuelles (1)
- les valeurs communes (2)

en termes d'attitudes

- les attitudes face à la profession (3)
- les attitudes vis-à-vis des sciences de base (4)
- les attentes face à l'université (5)
- les attitudes face à l'éducation permanente (6)
- l'idéal de service (10)

en termes de conduites stratégiques

- le contrôle par les pairs (7)
- la spécialisation (9)

en termes de contraintes

- la reconnaissance publique et le contrôle d'un marché de services (8).

4. La validation des trois variables de recherche et l'analyse statistique

4.1 La validation des variables

Nous avons procédé à des vérifications statistiques ne dépassant pas le seuil de l'analyse brute. Nous avons d'abord procédé à la validation des trois types de curriculum et des trois modes de pratique. Pour ce faire, nous avons croisé une variable donnée à l'aide des trois types de curriculum afin de voir si les catégories, telles que construites, avaient des fondements valables et s'il y avait des différences significatives selon les types A, B ou C. Nous avons effectué la même opération entre les modes II et III, postulant que l'exercice individuel - mode I - n'avait pas à être validé en tant que catégorie spécifique. Les résultats ont été concluants et sont donnés dans le chapitre XI.

4.2 L'analyse statistique

En SPSS (Hull et al, 1975), l'absence de différences entre deux variables mises en relation est appelée hypothèse nulle. Cependant, une différence peut être dite "significative" lorsqu'il est possible d'affirmer qu'elle n'est pas due au hasard. Il faut donc rejeter l'hypothèse nulle pour établir une différence significative entre des variables mises en relation. Par convention, le risque acceptable d'erreur en SPSS se situe à .05 ou à .01, c'est-à-dire qu'il y a cinq chances sur cent ou une sur cent que la différence soit due au hasard.

c'est ce qu'on appelle le seuil de signification. Nous avons choisi, pour les fins de cette recherche, un seuil de .05, ce qui est généralement le cas dans les recherches en sciences humaines (Lowther et Motavich, 1974). Ainsi, pour la compréhension des tableaux du prochain chapitre, il convient de savoir qu'il existera une différence plus significative selon les types de curriculum ou selon les modes de pratique, lorsque la probabilité que cette différence n'est pas dûe au hasard est inférieure à .05.

11. résumé

Nous avons vu dans ce chapitre la logique et les modalités qui ont conduit à la construction et à l'administration du questionnaire de vérification à tous les dentistes du Québec. Le SPSS a permis de saisir les trois principales variables de la recherche: la formation professionnelle, le fait organisationnel et, enfin, le processus de professionnalisation. Nous avons, enfin, organisé les indices de mesure de la variable dépendante en termes d'atouts, d'attitudes, de conduites stratégiques puis, de contraintes, suivant en cela la méthode de l'analyse stratégique. Nous avons, enfin, indiqué sommairement comment lire les tableaux que nous présentons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE XI

LES RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Introduction

Dans le présent chapitre, nous présentons les résultats de l'enquête menée auprès des dentistes québécois et qui a pour objet "l'impact de la formation universitaire sur les modes de pratique dentaire". Nous présentons d'abord, en considérant l'ensemble des répondants (N = 1 033), les résultats portant sur les variables "formation professionnelle" et "fait organisationnel" en les confrontant au cadre théorique général de la recherche. Les attitudes et les attentes générales des dentistes québécois vis-à-vis de leur formation à l'université ainsi que de leur mode de pratique constituent le premier objet de l'examen. Nous présentons, dans la deuxième partie du chapitre, comment les omnipraticiens perçoivent certaines réalités selon qu'ils se situent dans l'un ou l'autre des trois types de formation ou selon qu'ils exercent dans l'un ou l'autre des trois modes de pratique.

2. Les attitudes et les attentes spécifiques des dentistes québécois

L'analyse des résultats de l'enquête révèle que les répondants se déclarent généralement satisfaits de la formation reçue à l'université tant au niveau des enseignements de base que des enseignements cliniques. Elle révèle aussi des attitudes très précises à l'égard de la mise à jour des connaissances. L'enquête identifie, d'autre part, un

fort courant vers la pratique fédérative ainsi qu'un début de pratique en groupe.

L'outil employé lors de l'enquête demeurant un questionnaire de perception, les tableaux qui suivent réflètent l'opinion des mille trente-trois (1 033) répondants mais la représentativité de ceux-ci permet déjà d'en extrapoler les résultats à l'ensemble des dentistes du Québec.

1.1 Attitudes vis-à-vis de la formation professionnelle

Tableau I

La médecine dentaire était-elle votre premier choix ? (N = 1 024)

	No. de répondants	%
oui	770	75.3
non	254	24.7

Ce premier tableau indique qu'une forte majorité des répondants avaient la médecine dentaire comme premier choix dès avant leur entrée à l'université. Parmi ceux dont la médecine dentaire n'était pas le premier choix, 69.1% indiquent qu'ils avaient choisi la médecine.

Tableau II

Les facteurs déterminant le choix de la dentisterie comme profession

Facteur	Nombre de répondants pour chacun des facteurs	% des répondants qui accordent une grande ou une très grande importance
- l'autonomie d'exercice	N = 1000	85.0
- le prestige de la profession	N = 995	29.4
- le fait d'être son propre patron	N = 1009	84.1
- le fait de traiter des êtres humains	N = 1007	71.9
- la possibilité de travailler avec ses mains	N = 1001	59.2
- le désir de rendre service	N = 1010	61.2
- les considérations économiques	N = 1001	40.5
- l'attrait d'un horaire de travail contrôlable	N = 1006	65.7
- l'assurance d'une clientèle déjà établie dès la sortie de l'université	N = 998	19.9

Les trois facteurs les plus déterminants du choix de la profession dentaire par les répondants apparaissent dans l'ordre comme étant l'autonomie d'exercice (85.0), le fait d'être son propre patron (84.1) et le fait de traiter des êtres humains (71.9). Les répondants ont identifié les trois mêmes facteurs dans un ordre identique lorsqu'ils ont été priés, dans une question complémentaire, de choisir dans un ordre décroissant seulement trois facteurs parmi les neuf proposés.

Tableau III

L'utilité des sciences de base dans l'exercice de la profession

Discipline	Nombre de répondants pour chaque discipline	% utile et très utile	% moy. utile	% inutile ou très inutile
- anatomie	N = 1 018	82.5	16.8	0.7
- anesthésiologie	N = 1 002	87.8	10.8	1.4
- biochimie	N = 980	13.8	61.8	38.2
- histologie	N = 996	30.1	49.6	20.3
- médecine buccale	N = 1 016	95.0	4.7	0.3
- microbiologie	N = 994	41.8	44.1	14.2
- nutrition	N = 1 005	51.7	40.5	7.8
- pathologie	N = 1 012	83.8	15.4	0.8
- pharmacologie	N = 1 009	77.8	20.4	1.8
- physiologie	N = 1 006	63.1	31.4	5.5

Ce tableau réflète l'opinion des répondants quant à l'utilité des enseignements fondamentaux dans l'exercice de leur profession. Afin de départager les jugements subjectifs, nous avons demandé aux répondants d'indiquer, dans l'ordre, à quelles disciplines les écoles dentaires devraient consacrer plus de temps et moins de temps.

Tableau IV

Disciplines de base auxquelles les écoles devraient consacrer plus de temps

	discipline	No. de répondants	%
1er choix	médecine buccale	N = 996	55.6
2e choix	anatomie pathologie	N = 996	6.0

Tableau V

Disciplines de base auxquelles les écoles devraient consacrer moins de temps

	discipline	No. de répondants	%
1er choix	biochimie	N = 996	38.6
2e choix	histologie	N = 905	15.7

Il ressort clairement dans les tableaux III, IV et V des attitudes et des attentes précises à l'égard de disciplines tout aussi spécifiques. Nous y reviendrons.

Tableau VI

Degré de préparation lors du passage de l'apprentissage des sciences de base à celui des sciences cliniques (N = 1 013)

	%
plutôt bien et très bien préparé	90.4
plutôt mal et très mal préparé	9.6

Le tableau VI indique de façon très nette que les répondants sont d'avis que les connaissances de base acquises lors des deux premières années de leur cours en médecine dentaire les ont bien préparé à l'apprentissage des sciences cliniques. Une dernière question traite enfin du lieu d'enseignement des sciences de base.

Tableau VII

Le lieu d'enseignement des sciences de base (N = 1 006)

Lieu	%
exclusivement à la Faculté de médecine	1.4
surtout à la Faculté de médecine	6.8
autant à la Faculté de médecine qu'à la Faculté de médecine dentaire	46.1
surtout à la Faculté de médecine dentaire	32.5
exclusivement à la Faculté de médecine dentaire	13.2

Ce tableau indique que l'ensemble des répondants privilégient l'école dentaire comme lieu principal de formation en sciences fondamentales.

Tableau VIII

Satisfaction des répondants face à l'enseignement des sciences cliniques

discipline	nombre de répondants pour chaque discipline	% satisfait et très satisfait	% moy. satisfait	% peu et très peu satisfait
anesthésie	N = 1 003	67.0	23.2	9.8
chirurgie	N = 1 012	49.1	29.9	20.9
D.O.	N = 1 013	94.4	4.3	1.3
diagnostic	N = 1 011	67.1	23.9	9.0
endodontie	N = 1 006	51.6	27.8	20.6
matériaux	N = 1 001	52.6	31.5	15.9
orthodontie	N = 991	20.4	23.8	55.9
pédodontie	N = 996	46.6	31.0	22.4
périodontie	N = 1 002	37.1	29.4	33.5
prothèse complète	N = 1 002	54.0	29.1	16.9
P.F.A.	N = 1 008	48.4	27.8	23.8
P.P.F.	N = 1 003	59.1	27.4	13.5
radiologie	N = 1 012	75.8	17.8	6.4
tech.prév.	N = 975	48.8	24.4	26.8

Le tableau VIII ne peut être bien interprété que par les tableaux IX et X qui indiquent à quelles disciplines cliniques il faudrait, selon les répondants, consacrer plus de temps ou, moins de temps dans les programmes de formation dentaire.

Tableau IX

Disciplines cliniques auxquelles les écoles devraient consacrer plus de temps

	discipline	No. de répondants	%
1er choix	diagnostic	N = 985	20.8
2e choix	orthodontie	N = 985	14.0

Tableau X

Disciplines cliniques auxquelles les écoles devraient consacrer moins de temps

	discipline	No. de répondants	%
1er choix	prothèse complète	N = 978	11.4
2e choix	techniques préventives	N = 889	5.6

Il importe, ici, de préciser que les répondants peuvent se déclarer insatisfaits de la formation clinique reçue pour de multiples raisons: trop ou pas assez de matière, incompétence des professeurs, etc. Il convient donc d'examiner les tableaux sur la formation professionnelle avec réserve. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Tableau XI

Lieu d'enseignement des sciences cliniques (N = 989)

Lieu	%
- à l'université	35.2
- dans les cabinets dentaires	1.5
- en milieu hospitalier	1.8
- en partie dans chacun de ces milieux	61.5

Ce tableau indique, entre autres, qu'un assez fort pourcentage de répondants (35.2%) semblent bien s'accommoder de l'institutionnalisation, en milieu fermé, de la formation professionnelle à l'université.

1.2 attitudes vis-à-vis de la pratique dentaire

Tableau XII

Le type d'exercice des répondants (N = 1 030)

Type	%
pratique individuelle	47.5
pratique à deux dentistes à temps plein	23.8
pratique à trois dentistes à temps plein et plus	19.9
fonctionnarisme (scolaire, municipal, provincial, fédéral (y compris l'armée)	3.0
professeur à l'université	3.3
pratique en milieu hospitalier	2.2
à la retraite	0.3

Le tableau XII indique que la majorité des répondants (91.2%) exercent leur profession dans la pratique privée et que le mode prédominant d'exercice demeure l'exercice individuel.

Tableau XIII

Proportion des répondants qui ont changé leur mode de pratique (N = 954)

	%
n'ont pas changé	65.4
ont changé	34.6

Tableau XIV

Les groupes d'individus qui ont influencé le plus les répondants dans le choix de leur mode de pratique (N = 992)

Groupes	%
les confrères étudiants	22.5
les cliniciens de la Faculté	9.2
les professeurs	11.9
les autres dentistes en pratique	35.1
les fournisseurs dentaires	8.0
autres	14.4

Le tableau XIV fait voir que les professeurs d'université, de même que les cliniciens à temps partiel, exercent peu d'influence sur le choix que les répondants ont eu à faire quant à leur mode de pratique. Il faut mettre ici la réserve suivante: il se peut que l'interprétation de l'expression "mode de pratique" ait été interprétée différemment par certains répondants. Pour les uns, mode de pratique peut vouloir dire type de pratique (individuelle, à deux, ou à trois); pour d'autres, l'expression peut vouloir signifier le type interne d'organisation, la nature de la clientèle, le site géographique, la "philosophie de pratique" ou autre facteurs.

Tableau XV

L'époque du choix, par les répondants, de leur mode de pratique (N = 1 019)

Epoque	%
avant même l'entrée à l'université	13.2
durant la première année du cours	3.3
durant la deuxième année du cours	3.0
durant la troisième année du cours	14.7
durant la quatrième année du cours	45.4
après la graduation	20.2

1.3 Attitudes vis-à-vis de la profession en général

Les quelques tableaux qui suivent indiquent les attitudes et les attentes de l'ensemble des répondants sur un certain nombre de questions. Les réserves que nous avons émises dans la première partie de ce chapitre n'ont plus leur raison d'être puisque la représentativité des répondants a déjà été établie sur les questions d'ordre général.

Tableau XVI

Le recommencement des études (N = 1 005)

	%
répondants qui recommenceraient leurs études en dentisterie	89.0
répondants qui ne recommenceraient pas leurs études en dentisterie	11.0

Le tableau XVI indique qu'une forte proportion des répondants (89.0%) se déclarent hypothétiquement prêts à refaire leurs études en dentisterie. Cela signifie que ces répondants se sentent à leur place dans la profession qu'ils exercent.

Tableau XVII

L'attitude des répondants face à l'avenir de la profession

(N = 1 024)

	%
optimiste et très optimiste	48.2
plus ou moins optimiste	38.6
pessimiste et très pessimiste	13.2

Selon ce tableau, plus de 50% des répondants se déclarent plus ou moins optimistes, voire pessimistes, quant à l'avenir de leur profession, même s'il se déclarent bien à leur place en dentisterie dans une proportion de 89.0%.

Tableau XVIII

La perception qu'ont les répondants de leur rôle, exception faite de celui de pourvoyeurs de soins

rôle	Nombre de répondants pour chaque rôle	% d'accord et absolument d'accord	% neutre	% pas d'accord et absolum. pas d'accord
un homme d'affaires	N = 1 007	63.8	20.6	15.6
un éducateur	N = 1 009	95.1	4.2	0.7
un chef d'équipe	N = 992	66.1	27.8	6.2
un esthéticien	N = 1 003	73.2	19.8	7.0
un agent social	N = 1 008	63.8	28.0	8.2

Le tableau XVIII indique que les répondants se donnent dans l'ordre les rôles suivants - pourvoyeurs de soins, éducateur, esthéticien, chef d'équipe et, de façon égale, homme d'affaires ainsi qu'agent social [illegible]portant du milieu -.

Tableau XIX

Qualificatif que se reconnaissent les répondants

qualificatif	No. de répondants	%
conservateur	N = 954	52.8
persévérant	N = 950	76.8
conciliant	N = 953	41.0
méthodique	N = 955	94.2
aventureux	N = 957	66.6
pratique	N = 960	84.5
savant	N = 953	61.5
habile	N = 960	96.9
perspicace	N = 935	77.0
individualiste	N = 963	67.9

Le tableau XIX n'est pas le résultat d'une analyse factorielle. Il doit être interprété comme une indication des qualités ou des atouts que les répondants se reconnaissent. Ce sont, dans un ordre décroissant: habile, méthodique, pratique, perspicace, persévérant, individualiste, aventureux, savant, conservateur, conciliant. Déjà, les traits domi-

rants (habile - méthodique - pratique) dénotent des qualités plutôt axées sur la technique.

Tableau XX

L'instauration de cours obligatoires après la graduation

(n = 996)

	%
d'accord	72.0
neutre	11.4
en désaccord	16.5

Ce tableau indique que la grande majorité des répondants sont favorables à l'instauration de cours obligatoires pour favoriser la formation dentaire continue. Ce tableau ne tient pas compte de l'année de graduation des répondants.

Tableau XXI

Le départage de la responsabilité d'éduquer le public sur les méfaits de la maladie bucco-dentaire

(N = 1 022)

	%
aux dentistes	55.0
aux hygiénistes dentaires	14.6
au ministères des Affaires sociales	17.6
aux trois précédents	12.8

ii. Discussion

Déjà, l'enquête démontre des attitudes et des attentes spécifiques des dentistes québécois face à la formation professionnelle, à la pratique dentaire et, à la profession en général. Ces attitudes et attentes apparaissent, à première vue, sous certains aspects, différents de celles qu'ont observées d'autres chercheurs au Canada comme aux Etats-Unis. Il apparaît clairement, entre autres, que les dentistes québécois tant francophones qu'anglophones, sont ouverts aux sciences de base et à la formation permanente, qu'ils n'affichent pas autant qu'on le croyait, des attentes de super-techniciens. D'évidence également, les dentistes québécois se distinguent de leurs collègues canadiens et

américains, lorsqu'ils se déclarent prêts, dans une proportion à peu près inégalée, à refaire leurs études en dentisterie. Les dentistes québécois, du moins les répondants, se considèrent comme des éducateurs plutôt qu'hommes d'affaires; ils se voient moins individualistes et moins conservateurs que les clichés les décrivent habituellement.

2. Une analyse comparée

2.1 selon les types de curriculum

Nous analysons ici quelques questions en comparant les dentistes selon qu'ils ont gradué avant 1960 (N = 236), entre 1960 et 1969 (N = 198) et, entre 1970 et 1979 (N = 455). Le nombre élevé des répondants de la troisième catégorie s'explique par l'ouverture au début de la décennie 1970 de l'école dentaire de l'Université Laval, par la majoration de 25 du nombre de candidats admis à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et, par le vieillissement de la population. La première catégorie (N = 236) est également nombreuse du fait qu'elle couvre plus d'une décennie.

Nous avons mis en relation les trois modes de formation avec un certain nombre de variables afin de déterminer s'il y avait des différences significatives selon les catégories de formation. Le test s'est avéré concluant dans le sens que dans la majorité des cas, la probabilité est inférieure à .05. Le tableau suivant donne une idée précise de la variation observée lorsque les modes de formation sont mis en relation avec la variable "action après l'obtention du diplôme du dentiste".

Tableau XXII

L'action des répondants après l'obtention de leur diplôme de dentiste, selon les types de curriculum (N = 875)

	% A Avant 1960 (N = 231)	% B 1960-1969 (N = 195)	% C 1970-1979 (N = 449)
ouverture immédiate d'un cabinet	71.9	71.3	84.4
un stage en milieu hospitalier	3.9	6.7	7.3
travail pendant au moins un an chez un dentiste	5.6	5.1	16.3
inscription dans un programme de spécialisation	0.4	1.5	0.7
pratique dans un service gouvernemental	12.1	12.8	5.1
autre	6.1	2.6	6.2

χ^2 = 47.20759 (10 degrés de liberté) significatif à .0000

Le tableau XXII révèle un profil significativement différent des répondants selon qu'ils émargent de l'un ou de l'autre des trois types de formation. On observe notamment une propension de la part des diplômés du type C au travail chez un autre dentiste. On se rend compte également, et cela tend à confirmer les motifs qui ont conduit à la

construction du type B, que plus de diplômés, d'entre 1960-1969, se sont spécialisés après l'obtention de leur diplôme de dentiste.

Tableau XXIII

La médecine dentaire comme premier choix
selon les types de curriculum (N = 883)

	% A Avant 1960 (N = 232)	% B 1960-1969 (N = 197)	% C 1970-1979 (N = 454)
oui : (premier choix)	71.6	68.5	80.2
non	28.4	31.5	19.9

χ^2 = 12.41789 (2 degrés de liberté) significatif à .0020

Le tableau XXIII indique que les diplômés du mode C ont davantage la médecine dentaire comme premier choix. Cela signifie que les dentistes progressent, sous cet aspect, dans le processus de professionnalisation. Ce tableau mérite d'être comparé avec le suivant.

Tableau XXIV

Le recommencement des études selon

les types de curriculum (N = 864)

	% A Avant 1960 (N = 221)	% B 1960-1969 (N = 193)	% C 1970-1979 (N = 450)
oui	89.6	87.6	89.8
non	10.4	12.4	10.2

X^2 = .72800 (2 degrés de liberté) significatif à .6949

Un grand nombre de dentistes, dont la médecine dentaire n'était pas le premier choix, recommenceraient leurs études en dentisterie. C'est ce qui apparaît lorsque l'on compare les tableaux XXIII et XXIV. Le haut degré d'intention de demeurer dans la profession dentaire signifie, ici aussi, un fort degré de professionnalisation.

Tableau XXV

L'attitude des répondants devant la perspective d'instauration de cours obligatoires en formation permanente selon les types de curriculum (N = 858)

	% A Avant 1960 (N = 211)	% B 1960-1969 (N = 196)	% C 1970-1979 (N = 451)
d'accord avec l'instauration	66.4	69.4	76.7
neutre	12.8	9.2	10.2
en désaccord	20.9	21.4	13.1

χ^2 = 12.08758 (4 degrés de liberté) significatif à .0167

Les dentistes québécois, selon ce tableau, ont une tendance à être particulièrement ouverts à la formation permanente. Le tableau indique une nette progression selon les modes A, B et C, mais il indique davantage. Les "vieux dentistes" qui ont au moins vingt ans de métier ne sont pas aussi conservateurs que nous l'indiquent les clichés. 66.4% d'entre eux se disent d'accord avec l'instauration de cours obligatoires, ce qui va au-delà même des politiques d'incitation de l'Office des professions du Québec.

Tableau XXVI

L'importance de se rendre utile dans la pratique de la médecine dentaire selon les types de curriculum (N = 869)

	% A Avant 1960 (N = 233)	% B 1960-1969 (N = 193)	% C 1970-1979 (N = 453)
grande importance	83.0	71.0	75.3
importance moyenne	14.8	24.4	23.0
peu d'importance	2.2	4.7	1.8

X^2 = 12.54292 (4 degrés de liberté) significatif à .0137

Le tableau XXVI indique que la notion de service public est perçue comme plus importante chez les diplômés du type A, qu'elle est à son plus bas dans le type B et qu'elle remonte légèrement dans le type C. L'analyse statistique permet de conclure, à l'analyse des cinq tableaux précédents, sur la validité des trois variables concernant la formation professionnelle.

2.2 selon les modes de pratique

Nous comparons, ici, les modes de pratique II et III afin de voir s'il y a des différences significatives susceptibles de justifier nos définitions de pratique fédérative et de pratique de groupe.

Tableau XXVII

Provenance de la clientèle des répondants

selon les modes de pratique

	% II pratique fédérative	% III pratique de groupe
a) clients référés par les confrères de pratique	7.9 (N = 113)	11.5 (N = 104)
b) clients référés par d'autres dentistes	7.6 (N = 167)	7.4 (N = 106)
c) clients provenant d'autres sources	85.7 (N = 234)	80.3 (N = 139)

Le seuil, pour la réponse a), est de .588. Cependant, après l'analyse des variances - le T test -, le seuil passe à .041, ce qui signifie que les moyennes de clients référés par les confrères de pratique sont significativement différentes selon les modes II et III. Pour la réponse b), le T test indique un seuil de .889 et pour la réponse c), un seuil de .047.

Tableau XXVIII

La répartition du temps en pratique

selon les modes II et III

	% II pratique fédérative	% III pratique de groupe
a) % du temps consacré aux actes professionnels	91.7	89.5
b) % du temps consacré aux activités administratives	8.3	10.5

Seuil après le T test :
a) : seuil = .029
b) : seuil = .005

Le tableau XXVIII indique que, tant au niveau des actes professionnels que des activités administratives, les moyennes de répartition du temps de pratique sont significativement différentes selon que les répondants exercent en pratique fédérative ou en pratique de groupe.

Tableau XXIX

La fréquence des consultations effectuées auprès des confrères de pratique selon les modes II et III

	% II pratique fédérative (N = 262)	% III pratique de groupe (N = 154)
plusieurs fois par semaine	25.2	39.6
quelques fois par semaine	35.1	55.8
rarement	39.7	4.5

χ^2 = 61.25500 (2 degrés de liberté) significatif à .0000

Tableau XXX

L'influence exercée par les confrères de pratique telle que perçue par les répondants selon les modes II et III

	% II pratique fédérative (N = 260)	% III pratique de groupe (N = 155)
grande influence	36.5	49.7
moyenne influence	35.8	36.1
petite influence	27.7	14.2

χ^2 = 11.86036 (2 degrés de liberté) significatif à .0027

Tableau XXXI

La proportion de clients adressés aux autres dentistes selon les modes de pratique

	pratique fédérative	pratique de groupe
a) clients adressés aux confrères de pratique	7.0	8.1
b) clients adressés à d'autres dentistes	7.2	7.3

a) seuil après le T test = .321
b) seuil après le T test = .965

Comme pour les trois variables de la formation professionnelle, les cinq tableaux qui précèdent permettent d'appuyer les résultats de la revue des écrits qui laissait voir la présence de trois modes précis de pratique dentaire.

3. Types de curriculum et modes de pratique

L'utilisation de quatre facteurs parmi les dix ayant servi précédemment à mesurer la professionnalisation, a permis de vérifier, en partie, l'hypothèse de recherche. Ces quatre facteurs sont: 1- les attitudes face à la profession, 2- les attitudes face à l'éducation permanente, 3- la nature du contrôle par les pairs et, 4- l'idéal de service. Les autres facteurs (caractéristiques individuelles, valeurs communes, attitudes face aux sciences de base, attitudes vis-à-vis de

l'université, reconnaissance publique, idéal de service) n'ont pas été utilisés pour deux raisons. D'abord, parce que la revue des écrits a largement démontré l'homogénéité du profil des dentistes nord-américains et, ensuite, parce que l'instrument de mesure ne permet pas, à cause du fractionnement trop grand du nombre de répondants, d'établir les liens statistiques valables.

Nous avons choisi de mesurer l'attitude face à la profession par la question touchant le "recommencement des études". En effet, cette question purement hypothétique donne, selon les travaux consultés, une image assez précise de la motivation intrinsèque des membres d'une profession. On voit, de plus, par ce biais, jusqu'à quel point les professionnels visés ont envie de faire carrière dans leur champ d'activité.

Nous avons mesuré les attitudes face à l'éducation permanente par la question touchant l'instauration des cours obligatoires. Cette question traduit, en effet, des attitudes fort révélatrices tant sur le plan des valeurs professionnelles que sur celui des intérêts des dentistes à l'égard de la mise à jour des connaissances.

Ayant en arrière plan le cadre de référence du processus de distribution des services dentaires, nous avons mesuré le contrôle par les pairs par la fréquence dans l'orientation des patients ou des clients d'un dentiste à l'autre.

Nous avons, enfin, choisi de mesurer l'idéal de service par cette seule question touchant la responsabilité d'éduquer le public sur les méfaits des affections bucco-dentaires.

Afin d'établir s'il y a une professionnalisation variée selon les trois modes de pratique, nous avons, pour chacun des types de formation, analysé les réponses des dentistes aux quatre questions posées. Nous avons ainsi voulu voir si les réponses à l'une ou l'autre des quatre questions, varialent, pour un type précis de formation, selon que les répondants appartenaient à la pratique individuelle, à la pratique fédérative ou à la pratique de groupe.

Tableau XXXII

Le recommencement des études selon les trois types de curriculum et selon les trois modes de pratique

Avant 1960 (N = 221)	(N = 175) pratique individuelle %	(N = 31) pratique fédérative %	(N = 15) pratique de groupe %
oui	90.3	90.3	80.0
non	9.7	9.7	20.0
χ^2 = 1.58820 (2 degrés de liberté) significatif à .4520			
entre 1960 et 1969 (N = 193)	(N = 105)	(N = 54)	(N = 34)
oui	87.6	90.7	82.4
non	12.4	9.3	17.6
χ^2 = 1.34866 (2 degrés de liberté) significatif à .5095			
entre 1970 et 1979 (N = 450)	(N = 186)	(N = 182)	(N = 102)
oui	87.3	91.2	91.2
non	12.7	8.8	8.8
χ^2 = 1.69021 (2 degrés de liberté) significatif à .4295			

L'analyse statistique révèle très nettement que le facteur "recommencement des études" ne varie pas de façon significative lorsque l'on fait intervenir, pour chacun des types de formation, chacun des modes de pratique. Il semble donc que l'attitude très positive des dentistes

québécois, face à leur profession en général, n'est lié ni au type de formation, ni au mode de pratique.

Tableau XXXIII

L'instauration de cours obligatoires en éducation permanente selon les types de curriculum et les modes de pratique

Avant 1960 (N = 211)	(N = 164) pratique individuelle %	(N = 30) pratique fédérative %	N = 17) pratique de groupe %
oui	64.6	66.7	82.4
non	35.4	33.3	17.6
χ^2 = 2.16758 (2 degrés de liberté) significatif à .3383			
entre 1960 et 1969 (N = 196)	(N = 106)	(N = 55)	(N = 35)
oui	64.2	74.5	77.1
non	35.8	25.5	22.9
χ^2 = 3.04834 (2 degrés de liberté) significatif à .2178			
entre 1970 et 1979 (N = 451)	(N = 166)	(N = 180)	(N = 103)
oui	71.4	79.4	80.6
non	28.6	20.6	19.4
χ^2 = 4.24192 (2 degrés de liberté) significatif à .1199			

Encore une fois, l'analyse statistique n'indique aucune variation significative lorsque l'on médiatise un type donné de formation par un mode donné de pratique avec la variable "instauration de cours obligatoires". Bien que l'on puisse observer une tendance à la hausse dans la

pratique de groupe, et ce pour les trois types de formation, on ne peut qu'arriver à des conclusions semblables à celles du tableau précédent.

Tableau XXXIV

Proportion de la clientèle orientée vers d'autres dentistes selon les types de curriculum et les modes de pratique

Avant 1960 (N = 209)	(N = 171) pratique individuelle %	(N = 24) pratique fédérative %	(N = 14) pratique de groupe %
% de clients orientés vers des collègues de cabinet ou vers d'autres dentistes	8.6	13.2	16.3
entre 1960 et 1969 (N = 178)	(N = 103	(N = 22)	(N = 30)
% de clients orientés vers des collègues de cabinet ou vers d'autres dentistes	11.4	20.4	14.9
entre 1970 et 1979 (N = 403)	(N = 158)	(N = 155)	(N = 90)
% de clients orientés vers des collègues de cabinet ou vers d'autres dentistes	7.1	12.1	15.2

Le tableau XXXIV indique, d'abord, que les dentistes en pratique individuelle, dans chacun des types de formation, orientent moins de

clients vers d'autres dentistes que ne le font leur collègues des pratiques fédératives ou de groupe. Il indique, ensuite, que ce sont les dentistes, formés entre 1960 et 1969 et qui sont en pratique fédérative, qui orientent le plus de clients chez les confrères. Le tableau montre, enfin, les récents gradués de 1970 à 1979, en pratique individuelle, formant le groupe qui adresse le moins de clients aux autres dentistes.

Tableau XXXV

La responsabilité d'éduquer le public

selon les types de curriculum et les modes de pratique

Avant 1960 (N = 229)	(N = 180) pratique individuelle %	(N = 32) pratique fédérative %	(N = 17) pratique de groupe %
le dentiste exclusivement	57.8	53.1	52.9
les autres (l'hygiéniste, le RAS ou le dentiste avec d'autres)	42.2	46.9	47.1
x^2 = .34927 (2 degrés de liberté) significatif à .8398			
entre 1960 et 1969 (N = 198)	(N = 107)	(N = 55)	(N = 36)
le dentiste exclusivement	54.2	61.8	66.7
les autres (l'hygiéniste, le RAS ou le dentiste avec d'autres)	45.8	38.2	33.3
x^2 = 2.05186 (2 degrés de liberté) significatif à .3585			
entre 1970 et 1979 (N = 453)	(N = 168)	(N = 182)	(N = 103)
le dentiste exclusivement	54.8	50.0	52.4
les autres (l'hygiéniste, le RAS ou le dentiste avec d'autres)	45.2	50.0	47.6
x^2 = .79473 (2 degrés de liberté) significatif à .6721			

Comme pour les tableaux XXXII et XXXIII, l'analyse statistique ne révèle aucune variation significative quant à l'indice "responsabilité d'éduquer le public". Exception faite des dentistes du type B (1960-1969), et qui sont en pratique fédérative ou de groupe, les répondants se répartissent de façon quasi uniforme. On doit tirer les mêmes conclusions.

Si la revue des écrits, confirmée par l'enquête, avait déjà révélé jusqu'à quel point les dentistes se ressemblent, les quatre tableaux précédents permettent de conclure. Le fait organisationnel, en dentisterie, ne varie pas selon les types de curriculum et la distinction, faite entre pratique individuelle, pratique fédérative ou pratique de groupe, révèle beaucoup plus de considérations méthodologiques que d'impératifs sociologiques. Même si c'est au Québec que l'on observe la régression la plus grande (en Amérique du Nord) de la pratique dentaire individuelle, on ne peut voir encore de différences significatives entre les différents modes d'exercice de la médecine dentaire.

11. résumé

Nous avons présenté, dans le chapitre XI, les résultats d'une enquête menée auprès de tous les dentistes inscrits à l'Ordre des dentistes du Québec. Cette enquête consistait à vérifier, auprès d'une population bien définie de dentistes, notre hypothèse de recherche, suscitée par la revue des écrits, et à confronter les résultats au cadre théorique général de la recherche.

Après avoir présenté les résultats, selon les variables "formation professionnelle" et "fait organisationnel", nous avons vérifié la consistance des trois variables de formation, soient les types A (avant 1960), B (entre 1960 et 1969) et C (entre 1970 et 1979). Nous avons effectué la même opération entre les deux modes de pratique II et III, c'est-à-dire la pratique fédérative et la pratique de groupe. Les résultats ont permis de donner plus de poids tant aux types de formation choisis qu'aux modes de pratiques retenus. Nous avons, enfin, cherché à donner une signification à la question de recherche. Les résultats globaux de l'enquête ont révélé que les dentistes québécois diffèrent de leurs confrères nord-américains quant à leurs attitudes mais qu'ils demeurent, comme ces derniers, liés à un mode d'exercice sociologiquement semblable. Le prochain chapitre, comme conclusion de la recherche, permet d'élaborer davantage.

CHAPITRE XII

CONCLUSIONS ET PROSPECTIVES

1. Introduction

L'institutionnalisation de la formation professionnelle dans l'université constitue le fondement principal du processus de transformation d'anciens métiers et d'occupations nouvelles dans une forme précise du travail, celle que constituent les professions. C'est dans l'université, et par l'université, que des savoir-faire spécifiques se sont appuyés sur des fondements théoriques puis, se sont développés au fur et à mesure que croissaient les sciences et la technologie. Parmi un ensemble d'attributs, celui de la connaissance de niveau universitaire, constitue, de façon non restrictive, en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, au Canada, une constante parmi les occupations qui se situent aux plus hauts niveaux dans le continuum de la professionnalisation. Mais, en elle-même, la connaissance de principes abstraits, voire ésotériques, ne suffit pas pour donner à une occupation le titre de profession. Encore faut-il, pour ce faire, compter sur la présence de conditions précises qui n'originent pas toutes ni ne dépendent de l'université; des conditions qui, parfois, échappent entièrement à son contrôle. Si l'entraînement professionnel s'acquiert désormais très largement en milieu universitaire, l'idéal de service, et sa concrétisation dans le quotidien, échappent déjà en partie à l'université. Quand à ces attributs que sont la création d'un marché de services et de recherche du monopole d'exercice, on doit en chercher ailleurs les racines. C'est ici qu'in-

tervient le contexte d'application, le milieu de pratique ou d'exercice, ou, selon l'expression déjà utilisée dans cette recherche: le fait organisationnel.

Un certain nombre de facteurs, hors l'université, pèsent lourd dans le processus de professionnalisation. Il y a d'abord la reconnaissance par le législateur puis par le public, qu'un groupe occupationnel donné est le plus apte, le plus autorisé, le plus compétent, à rendre des services jugés essentiels. Il faut aussi que le champ d'exercice de ce groupe occupationnel présente un certain coefficient de complexité, de technicité et de difficulté qui, selon le sens commun, justifient d'écarter les amateurs. En échange de cette reconnaissance, le législateur et le public exigent, en contrepartie, que le groupe occupationnel offre des garanties suffisantes de compétence, de discipline, de contrôle et d'ouverture communautaire. C'est ici que se joue, que se gagne ou que se perd la maturation de la professionnalisation, bataille essentiellement liée aux impératifs de l'action humaine.

> "The emotion - laden identification of men with their occupation, their dependence on it for much of the daily meaning of their lives, causes them to defend it vigorously and to advance its cause when possible".
>
> (Goode, 1960, p.902)

D'évidence, - la revue des écrits et le schéma théorique qui en découle le démontrent -, il faut qu'un certain nombre d'attributs liés à la formation de niveau universitaire et qu'un certain nombre d'autres attributs, liés au fait organisationnel, arrivent en synergie pour "produire" une profession. Nous avons vu cette synergie se produire en médecine dentaire. Dès les premiers pas dans le processus de profes-

sionnalisation, les dentistes, comme groupe occupationnel, ont emprunté, avec succès, la voie déjà tracée par les médecins. Le fait organisationnel, cependant, a joué de façon différente pour les dentistes; question de culture, question d'enjeu, question de contraintes inhérentes à la pratique dentaire. A contenu et à encadrement de formation similaires, tout bien considéré, les professions de médecine et de médecine dentaire, connaissent des contextes d'application différents. On a constaté au long de la recherche que des forces hors-université pèsent dans le processus de professionnalisation. Il pourrait ainsi exister, au delà des différences que le bon sens révèle, des raisons qui renvoient directement à la nature de l'action humaine où les échanges entre des individus, poursuivant une même fin, s'expliquent mieux par la compréhension du phénomène de pouvoir. Car, malgré l'intention de distinction, les industriels, les commerçants, les professionnels sont avant tout des hommes recherchant le contrôle d'un marché de services, avec des atouts, des stratégies qui leur sont spécifiques. Cette notion de pouvoir demeure le centre du processus de professionnalisation; la revue des écrits le démontre assez bien.

Dans ce dernier chapitre, et comme conclusion de la recherche, nous examinons d'abord le portrait des dentistes québécois à l'aide des indices de professionnalisation déjà identifiés. Puis, suite à la confrontation des écrits, aux études de cas et aux résultats de l'enquête, nous voyons jusqu'à quel point les dentistes québécois sont professionnalisés. Nous examinons, ensuite, la place qu'occupe le fait organisationnel dans la professionnalisation de ceux-ci. Et, nous conclurons sur l'importance du phénomène de pouvoir dans le processus de professionnalisation.

1. Les dentistes québécois et certains indices de professionnalisation

lisation

Nous examinons ici, conscient des limites de l'instrument, les attributs de la profession dentaire en termes d'atouts des dentistes québécois, de leurs attitudes, de leurs conduites stratégiques et de leurs contraintes organisationnelles.

1.1 les atouts des dentistes québécois

Les individus en situation de travail disposent d'un certain nombre d'atouts qu'ils utilisent dans l'exercice de leur fonction. Ces atouts, pour le dentiste, sont, ou pourraient être, les connaissances qu'il maîtrise, ses habiletés opératoires, son âge, son sexe, le prestige attaché à sa profession. Ce sont là ses caractéristiques individuelles. D'autre part, les valeurs qu'il véhicule, tant de par son éducation que de par sa formation, constituent également des atouts qu'il utilise dans ses échanges avec ses collègues, ses auxiliaires, ses patients.

1.1.1 en termes de caractéristiques individuelles

les dentistes québécois se comparent, sur le plan de la formation reçue, aux dentistes des autres provinces du Canada et aux dentistes américains. Il a déjà été acquis par l'usage que les curriculums dentaires, dans les universités québécoises, doivent être agréés par l'Association dentaire canadienne dont les critères d'évaluation sont ceux de l'Association des écoles dentaires américaines. Le dentiste québécois possède ainsi un imposant bagage de connaissances fondamen-

tales comparables à celui du médecin ainsi que des habiletés opératoires (un savoir-faire) de pointe. La faiblesse de sa formation professionnelle se situe à un niveau autre que ceux des enseignements de base et des enseignements cliniques. Elle se situe au niveau du troisième volet de la formation professionnelle: celui des attitudes, celui de la connaissance des clientèles, des besoins de la société, des modes d'organisation, celui que l'on peut presque appeler sans trop bousculer le terme, l'idéologie de la profession. La revue des écrits montre, avec évidence, que les dentistes nord-américains ont beaucoup de mieux s'équiper à cet égard; les résultats de l'enquête confirment que les dentistes québécois, de façon générale, ressentent ce malaise professionnel et qu'ils expriment des attentes précises vis-à-vis du rôle de l'université dans les enseignements connexes.

Dans ses relations avec le patient - le client ou le consommateur - le dentiste québécois fait valoir, avec poids, ses connaissances scientifiques et ses capacités techniques. Il s'avère cependant moins efficace quand vient le temps des interactions susceptibles de modifier le comportement et les attitudes des individus face à la dentisterie. Tant et aussi longtemps que la maladie en soi a été perçue, par la profession médicale et par un certain public, comme une déviance biologique sans rapport avec la culture et les modes de vie, la profession dentaire, en plaçant ses pas dans les pas de sa soeur aînée, a exercé avec succès une dentisterie de restauration. Maintenant que les grands organismes internationaux reconnaissent des fondements plus larges à la maladie et, où le Canada, par l'enquête Lalonde (Lalonde, 1974), a marqué les premiers pas, les dentistes, de plus en plus, se sentent démunis et assez incapables de faire la synthèse requise à la compréhension

globale de la maladie bucco-dentaire. Dans cette perspective, les dentistes éprouvent des difficultés à imposer à un plus grand public les connaissances qu'ils maîtrisent en grande partie à cause de la structure et du contenu de leur formation à l'université. La structure flexnérienne, nous l'avons vu, favorise la création d'une culture étudiante particulièrement résistante à la transmission de valeurs professionnelles; les contenus de formation laissent de plus, quasi invariablement, peu de place aux enseignements connexes. Et ce peu de place occupé agit souvent comme distracteur contre-productif.

1.1.2 en termes de valeurs communes

Les caractéristiques, que nous venons d'évoquer, sont communes aux dentistes anglophones et francophones nord-américains. Mais, l'enquête révèle que les dentistes québécois affichent un certain nombre de valeurs qui les distingue. Ceux-ci se perçoivent d'abord comme des éducateurs (Tableau XVIII) et se reconnaissent un rôle prépondérant (Tableau XXI) dans la responsabilité d'éduquer le public sur les méfaits de la maladie bucco-dentaire. Les répondants se disent moins conservateurs et moins individualistes (Tableau XIX), ce qui les distinguerait quelque peu de leurs collègues nord-américains. On voit ici la distortion entre la réalité et la projection que les dentistes se font d'eux-mêmes. Par contre, les dentistes québécois ressemblent à leur collègues à d'autres niveaux. Ainsi, leurs motivations premières sont l'autonomie d'exercice, le fait d'être leur propre patron et le fait de traiter des êtres humains (Tableau II). Cet idéal est d'autant plus facile à réaliser que leurs principales qualités sont, selon eux, l'habileté manuelle, la méthode, le sens pratique (Tableau XIX).

En termes d'atouts, les dentistes québécois possèdent un ensemble de connaissances théoriques à partir desquelles ils ont développé des technicités de pointe qui leur permettent de maîtriser la dentisterie de restauration. Leur faiblesse demeure leur incapacité de modifier les attitudes générales de la population face à la santé dentaire. Les valeurs que les dentistes québécois partagent en commun leur permettent, en somme, de se sentir à l'aise, jusqu'à une certaine mesure, dans leur mode traditionnel de pratique.

1.2 les attitudes des dentistes québécois

Nous traitons les attitudes des répondants en empruntant le sens ou les sens prospectifs que leur donne Crozier.

> "La perspective de l'analyse stratégique et l'utilisation qu'elle fait de attitudes, implique en effet que les individus développent des attitudes non pas en fonction du passé (leur socialisation, leurs expériences passées), mais en fonction de l'avenir, en fonction des opportunités présentes et futures qu'ils voient dans les jeux qu'ils jouent, et en fonction desquelles ils orientent leurs stratégies.
>
> (Crozier et Friedberg, 1977, p.399)

Nous constatons donc ce que signifient les attitudes des dentistes face à leur profession, face aux sciences de base, face à l'Université, face à la mise à jour des connaissances et, face à l'idéal de service.

1.2.1 leurs attitudes face à leur profession

La revue des écrits a déjà fait ressortir la grande cohésion des dentistes à l'intérieur de leur profession. Le Rapport Dussault a ainsi démontré l'importance qu'attachent les dentistes québécois à leur

société dentaire régionale (Dussault, 1979, p.96). A cela s'ajoutent, selon notre enquête, les commentaires positifs dans une proportion de 80% qu'ont exprimés les répondants à l'égard de leur profession (N = 160) dans la seule question ouverte du questionnaire. Fait également significatif, la proportion de 89% des répondants (Tableau XVI) déclarant qu'ils reprendraient leurs études en dentisterie, est, à une seule exception, inégalée dans toutes les recherches consultées. Sauf dans une enquête menée auprès de deux cent cinquante-trois (253) dentistes mormons, en Utah, où la proportion atteint 90% (Murray, 1981, pp.47-58). Dans les autres recherches consultées (King, 1978; Gerstl, 1959) et dans les sept autres qu'a inventoriées Murray (Murray, 1981, p.48), les proportions varient entre 33% et 72%. Les dentistes québécois ressemblent, à cet égard, aux dentistes mormons de l'Utah: question de sous-culture, question de cohésion idéologique ?

Les répondants se déclarent cependant majoritairement plus ou moins optimistes quant à l'avenir de leur profesion (Tableau XVII). Cette attitude, à notre avis, révèle la faiblesse perçue par les dentistes des atouts de la profession organisée face à son propre devenir. Par absence de relais organisationnels, par manque d'antennes dans le milieu, on craint que l'avenir de la profession dentaire ne se dessine davantage dans les bureaux des fonctionnaires que dans les cabinets professionnels ou que dans les écoles dentaires des universités.

1.2.2 leurs attitudes face aux sciences de base

Contrairement à une de nos hypothèses, les répondants (N = 996) ont réclamé dans une proportion de 85.2% que les écoles dentaires accordent plus de temps à l'une ou l'autre des disciplines de base. La tendance à

la technicité sous-jacente à l'idée que l'on réclamerait davantage d'heures de clinique au détriment d'heures en sciences de base ne s'est pas manifestée. Les répondants ont réclamé plus de temps pour la médecine buccale, également pour l'anatomie et la pathologie (Tableau III et IV), tout en réclamant moins de temps pour la biochimie et l'histologie (Tableau III et V). Les répondants se montrent ainsi davantage portés vers les disciplines convergentes que d'autres plus divergentes, telles la biochimie et l'histologie. Stratégies de professionnels orientés vers la tâche !

1.2.3 leurs attitudes face à l'université

Contrairement à une autre de nos hypothèses, les dentistes qui ont répondu à la seule question ouverte du questionnaire et qui ont traité de formation (N = 426) ont exprimé, dans une proportion de 81%, des commentaires favorables à l'égard de leur alma mater. Le nombre total de répondants à la question ouverte (N = 483) d'abord impressionne, de même que la nature positive de leurs commentaires sur les contenus de cours, sur le milieu universitaire et sur leur formation en général. Une seule autre constante émerge des commentaires: la faiblesse et l'absence des enseignements connexes dans les programmes de formation dentaire. Les dentistes indiquent ici du doigt les atouts qui leur manquent pour mieux maîtriser leur environnement professionnel.

1.2.4 leurs attitudes face à l'éducation permanente

L'enquête Dussault révèle que 40% des dentistes québécois disent ne consacrer aucun temps à la formation permanente (Dussault, 1979, p.92). Par contre, notre enquête indique que leurs attitudes et leurs attentes

lui sont favorables. C'est ainsi que les dentistes québécois affichent des attitudes nettement positives vis-à-vis de l'efficacité de plusieurs moyens de formation. Ils expriment, en outre, des attentes tout aussi favorables vis-à-vis de l'instauration de ces mêmes moyens: notamment au niveau des cours obligatoires (Tableau XXV) quelque soit leur type de formation. S'agit-il d'attentes déçues ?

Ces attitudes précises des dentistes du Québec dénotent leur volonté de demeurer à la pointe des connaissances scientifiques, ce qui demeure en soi une dynamique de professionnalisation.

1.2.5 leurs attitudes face à l'idéal de service

L'idéal de service ne se révèle pas être en général la principale motivation des dentistes québécois (Tableau II). En cela, ils se distinguent peu ou prou de leurs confrères nord-américains ou des autres professionnels. Les dentistes demeurent encore peu accessibles dans certaines régions du Québec (Dussault, 1979); certaines clientèles, telles celle des handicapés et celle des personnes âgées sont mal desservies; ainsi par exemple, les modes de pratique se prêtent mal à la distribution des services durant les fins de semaine. Il est, de plus, à peu près établi (Becker, 1961; Sherlock, 1972; Vinton, 1978; et d'autres) que les écoles médicales et dentaires, à cause de la trop forte structuration de leurs programmes de formation, s'avèrent incapables de transmettre des valeurs professionnelles à leurs étudiants. Les écoles dentaires québécoises n'y échappent pas; ce qui revient à dire que les diplômés cherchent ailleur leurs idéal de service, quand ils le trouvent. Or, cet "ailleurs" se situe, par élimination, dans le "fait organisationnel" où, nous l'avons déjà vu, d'autres forces jouent:

forces du marché, impératifs de la vie quotidienne, jeux de pouvoir, défense de territoire: champ de bataille peu propice à l'acquisition et au développement de l'idéal de service !

1.3 Les conduites stratégiques des dentistes québécois

1.3.1 le contrôle par les pairs

Les dentistes exercent peu de pouvoir professionnel sur leurs collègues en exercice. De fait, ceux-ci, de par leur mode de pratique, peuvent facilement se soustraire au contrôle de leurs pairs. Les résultats de l'enquête démontrent clairement que le système référentiel dominant des dentistes québécois est le système référentiel profane. Plus de 80% des clients, et ce dans les trois modes de pratique, provenaient de sources autres que des collègues (85.1% en pratique individuelle; 85.7% en pratique fédérative et, 80.3% en pratique de groupe). Et inversement, le tableau XXXI indique que les dentistes n'adressent pas plus de 15% de leur clientèle à d'autres dentistes, ou le cas échéant, à leurs confrères de pratique.

Près de 40% des dentistes en pratique fédérative déclarent rarement, ou ne jamais, consulter leurs confrères de pratique (Tableau XXIX). D'autre part, les dentistes en pratique individuelle reçoivent 85.1% de leur clientèle de sources autres que de leurs collègues et ils n'adressent à ces derniers que 9.7% de leur propre clientèle. On retrouve ici toutes les conditions du système référentiel profane où selon certains auteurs (Freidson, 1960 et 1974; Kuty, 1973 et 1975; Herzlich, 1963), l'évaluation profane est déterminante.

1.3.2 la spécialisation

Rien, à partir des résultats de l'enquête, ne confirme les propositions à l'effet que les dentistes omnipraticiens auraient une forte tendance à limiter leur champ d'exercice. La médecine dentaire, exception faite des spécialités reconnues par la loi, est encore exercée au Québec de façon globale. On observe peu de différence quand on compare la distribution du temps de travail des dentistes omnipraticiens américains (Ake et Johnson, 1979, p.35) avec celle des omnipraticiens québécois. Le premier train de spécialisation, avec ses huit compartiments abritant autant de spécialités reconnues, semble davantage se mouvoir sur des questions de complexité s'inscrivant ainsi dans la voie de la professionnalisation. Quant aux tendances, de la part des omnipraticiens, à la pratique limitée à certains actes, elles sont plutôt dûes, quand elles existent, à des questions de goût personnel plutôt que de complexité. Le dentiste omnipraticien québécois offre encore l'image d'un généraliste. Celui qui limite sa pratique à des disciplines précises est encore dans la marginalité.

1.4 les contraintes organisationnelles des dentistes

Les dentistes québécois utilisent leurs atouts et déterminent leurs stratégies professionnelles dans le cadre étroit du cabinet privé. Si la proportion de praticiens (47.5%) exerçant en solo apparaît être, au Québec, parmi les plus faibles, sinon la plus faible, de toutes les provinces canadiennes et de tous les états américains, il demeure, en surplus, que les pratiques à deux ou à trois ne sont généralement que la juxtaposition de cabinets individuels. Faut-il conclure à l'inexistence

de pratiques de groupe dans la profession dentaire au Québec ? Probablement moins qu'il ne semble, quoi qu'on en dise. Nos études de cas dans deux cliniques dentaires révèlent qu'il y a entre les dentistes un certain nombre d'interactions que l'organigramme n'avait pas prévues. On observe le phénomène entre les auxiliaires, puis entre ceux-ci et les dentistes. De plus, les résultats de notre enquête indiquent que déjà un nombre assez élevé de dentistes omnipraticiens (17.6%) se situent, selon nos critères, dans une pratique de groupe. D'ailleurs, le tableau XXIX traduit bien l'importance des interactions entre dentistes dans les pratiques de groupe. En effet, le tableau l'indique, 98.5% de ses membres disent consulter leurs confrères de pratique au moins quelques fois par semaine comparativement à 60.3% pour ce qui est des pratiques fédératives.

En tant que structure, le cabinet individuel permet la poursuite par les dentistes de l'objectif de qualité, dans leurs relations avec le patient, étant entendu que la définition de cette dernière varie selon la culture et les niveaux d'éducation des clientèles. Au Québec, cependant, les dentistes semblent vouloir modifier l'allure de ce cabinet pour répondre à des objectifs d'efficacité administrative et d'accessibilité à un nombre plus varié et plus complet de services. L'évidente régression de la pratique individuelle, - de 57.1% en 1978 (Dussault, 1979, p.71) à 47.5% en 1980 (selon notre enquête) -, traduit peut-être aussi, de la part des dentistes, une volonté d'intégration des auxiliaires, ce qui s'avère plus faisable dans les pratiques plus grandes que sont les pratiques fédératives ou de groupe. En d'autres termes, les dentistes québécois, compte tenu de leurs atouts, compte tenu également de leurs contraintes, poussent la professionnalisation d'un cran

en adoptant des stratégies plus agressives que celles de la plupart de leurs confrères des autres provinces ou des autres états du sud. Nous discuterons plus loin des motifs qui les y conduisent.

2. La professionnalisation des dentistes québécois

Nous concluons ici sur la question de la professionnalisation des dentistes québécois sous deux aspects: d'abord, sous celui du degré atteint, dans la mesure où il peut être jaugé et, ensuite, sous celui de l'importance relative dans le développement de celui-ci du fait organisationnel.

2.1 le degré de professionnalisation des dentistes québécois

Les dentistes du Canada et des Etats-Unis sont hautement professionnalisés. Pris comme groupe, de province en province, d'Etat en Etat, les dentistes présentent tous un degré à peu près identique de professionnalisation. Il est cependant un seuil au delà duquel on les retrouve tous; et ce seuil, dans les professions de la santé, n'est dépassé que par les médecins qui, selon la revue des écrits, demeurent les professionnels les plus "professionnalisés". Ce haut degré de professionnalisation atteint par les dentistes est, en partie, dû à cette longue période de formation au cours de laquelle ils développent des habiletés opératoires fondées sur un imposant ensemble de connaissances de base. Ce degré est aussi atteint grâce au monopole d'exercice que les législateurs et le public en général leur ont consenti. Jusqu'ici, les dentistes québécois ne se distinguent pas de leurs collègues des

autres provinces ou des Etats-Unis.

Les résultats de l'enquête indiquent cependant que les dentistes du Québec se détachent du peloton par leurs attitudes positives face à leur profession et à l'université, par leur volonté nettement exprimée de faire ou de refaire, le cas échéant, carrière en dentisterie (ce qui indique un haut niveau de satisfaction), par leur grande cohésion, par leurs attentes face à la mise à jour des connaissances, par la transformation de leur mode traditionnel de pratique. Ce sont là autant de critères professionnalisants que l'on retrouve rarement réunis dans d'autres groupes numériquement aussi importants; au point de nuancer la caricature de certains auteurs (Yanoff, 1979; Guccione, 1979; et les tenants d'une certaine école de pensée) qui décrivent les dentistes comme des individus malheureux, complexés, démotivés et, à peu de chose près, candidats au suicide. Le profil du dentiste québécois échappe ici à la caricature et cette distinction va dans le sens d'une plus grande professionnalisation selon les critères que la revue des écrits identifie (Carr-Saunders et Wilson, 1933; Goode, 1960; Barber, 1963; Hughes, 1963; Wilensky, 1964; Reader, 1966; Schein, 1972; Sarfatti-Larson, 1977; Bozzini, 1981).

Sur le plan de l'autonomie d'exercice, par exemple, il existe peu de professions établies aussi "favorisées" que ne l'est la profession dentaire où l'on compte peu "d'hommes d'organisation" (organisation men) comme on les trouve en génie, en médecine ou en droit. Il existe également peu de professions libérales où l'on peut, comme en dentisterie, choisir n'importe quel praticien au hasard, et, à partir de lui, découvrir, sans trop se tromper, l'état général de la dentisterie de sa

province ou de son Etat ainsi que l'état de la pratique dentaire qui y prévaut. Si la professionnalisation ne tenait qu'à l'autonomie d'exercice, qu'au partage de valeurs, qu'au savoir-faire fondé sur des connaissances théoriques, qu'à une carrière unique et terminale, qu'au monopole d'un marché de service, qu'à l'existence d'un code de déontologie et qu'au contrôle formel de la qualité des services rendus, les dentistes et, en particulier ceux du Québec, pourraient prétendre au premier rang des groupes professionnalisés.

2.2 le fait organisationnel

Ce sont les intérêts et les caractéristiques d'organisation de la profession qui semblent jouer le premier rôle dans l'évolution des curriculums dentaires. Ainsi, les intérêts des dentistes depuis l'émergence des denturologistes et des hygiénistes dentaires leur commandent-ils de réclamer moins d'enseignements en prosthodontie complète et en techniques préventives. On pourrait penser, d'autre part, que les caractéristiques des cabinets qu'ils soient individuels, fédératifs ou de groupe, favorisent le développement de la dentisterie de restauration et l'enseignement de ses disciplines à l'université. Pourrait-on, par exemple, aussi croire que l'intérêt plus grand que portent les dentistes québécois aux traitements préventifs est davantage dû aux politiques de remboursement de frais par la Régie d'assurance maladie du Québec qu'aux attitudes acquises pendant les cours ou les cliniques de prévention à l'université ? C'est ici qu'il faut évaluer le poids du fait organisationnel dans le processus de professionnalisation. Nous retenons du tableau 7) les indices suivants: le contrôle par

les pairs, la reconnaissance et le contrôle d'un marché de services, la spécialisation et, l'idéal de service.

Sous l'angle de l'indice du "contrôle par les pairs", la revue des écrits, confirmée par l'enquête, révèle que les dentistes exercent généralement leur profession dans un système référentiel profane, quel que soit leur mode de pratique. Or, de par sa nature même, ce système ne se prête guère au contrôle professionnel. Bien sur, les dentistes ont un code d'éthique complet et bien articulé, mais le contrôle exercé à cet égard par les corporations professionnelles dentaires risque fort de demeurer une intervention à posteriori, faute de moyens. L'orientation de clients vers des collègues favorise nécessairement un contrôle à priori puisque le professionnel qui s'adonne à ce genre d'exercice sait que son travail sera finalement évalué par son collègue. D'autre part, l'organisation traditionnelle du dentiste - celle du cabinet individuel fédéré ou non - agit comme cloison vis-à-vis du contrôle par les pairs. Il faut donc que la société, que la corporation elle-même, établissent un certain nombre de règles auxquelles le dentiste, en tant que professionnel autonome, doit se soumettre. La revue des écrits et les études de cas permettent cependant de croire que les personnes les plus capables d'évaluer le travail des dentistes demeurent encore les dentistes eux-mêmes. Or, sauf par quelques profanes bien informés, les dentistes praticiens voient rarement leur travail effectivement évalué par des pairs puisqu'ils exercent dans des systèmes référentiels profanes. Dans sa pratique quotidienne, le dentiste est loin du système référentiel professionnel que constitue l'école dentaire. Il y a ici un écart considérable qu'il faudra un jour ou l'autre combler, non pas par la moralisation dans de nouveaux enseignements, mais plutôt par la sti-

relative des pratiques de groupe. Nous l'avons déjà observé: ce sont les structures qui conditionnent les conduites humaines et il n'y a pas de meilleure garantie effective de contrôle par les pairs que le jour où les dentistes exerceront sur le modèle des médecins en milieu hospitalier.

Sous l'angle de l'indice "reconnaissance et contrôle du marché", la revue des écrits et les résultats de l'enquête laissent voir une absence de relais organisationnels dans la profession dentaire. Ses membres, en effet, ne font guère autre chose que de la dentisterie. "Deserved or not, dentists have become known as a group who do nothing but practice dentistry" (Cohen, 1978, pp.332-333). Selon notre enquête, par exemple, 78.2% de l'ensemble des répondants ne sont pas membres d'un club social; 91% ne font pas partie d'une chambre de commerce; 77.6% ne sont membres d'aucun parti politique fédéral, provincial, municipal ou scolaire; 86.7% ne sont pas membres d'un groupe à caractère religieux; 71% ne sont pas membres d'un groupe à caractère socio-culturel. Parmi ceux qui sont membres des groupes précédents, 75.7% sont plus ou moins actifs dans le sens qu'ils n'ont jamais été, ni ne sont, membres du conseil d'administration de ceux-ci. L'environnement reste ainsi mal informé sur la pratique dentaire et, la profession en retour demeure mal informée sur les besoins de la société. La profession dentaire conserve peu d'antennes dans le milieu pour à la fois informer celui-ci de l'état des connaissances en dentisterie et pour tirer de celui-ci des informations pertinentes susceptibles de mieux renseigner les dentistes. Cette absence de relais organisationnels demeure l'une des causes de l'ignorance et de l'indifférence des gens vis-à-vis de la dentisterie. Elle constitue la déficience majeure dans la stratégie de reconnaissance par

le public de l'importance des services dentaires. Elle demeure une faille dans le processus de professionnalisation de ceux-ci. La carence date du temps des études universitaires.

Sous l'angle de l'indice de la spécialisation des tâches, le fait organisationnel joue encore ici un rôle prépondérant. Le cabinet privé, qu'il soit individuel ou fédératif, exerce une pression d'équilibre en faveur de la distribution de services complets parce que sa structure se prête mal au développement de la division du travail. Le dentiste qui exerce dans ce type d'organisation dépend quasi exclusivement de sa clientèle pour maintenir et développer son "entreprise". Il doit donc, pour conserver ses clients, offrir les meilleurs soins possibles et leur donner le maximum de satisfaction. C'est ainsi que le dentiste n'a pas intérêt à orienter ses clients vers d'autres confrères sauf lorsqu'il est placé devant des cas trop complexes ou encore quand il a déjà un nombre suffisant de clients. Les exigences de ses clients pourraient enfin le conduire à distribuer un certain nombre de services que des auxiliaires, moins bien formés que lui, pourraient tout aussi bien donner. Cette résistance du dentiste à déléguer des actes à des auxiliaires tient du fait que son mode d'organisation ne lui permet pas de le faire sans risque: parce que s'il cède un peu de territoire, il n'est pas assuré de retrouver, plus haut dans la hiérarchie, suffisamment de clients capables d'apprécier à juste titre ses talents et ses habiletés; parce qu'aussi la petite organisation que constitue son cabinet ne peut loger trop de libertés en même temps. Dans ce sens, bien que le savoir-faire du dentiste tend à se spécialiser, ses activités ne suivent pas la même tendance, du moins avec autant de fréquence.

Sous l'angle, enfin, de l'indice de l'idéal de service la revue des écrits, confirmée par le questionnaire, révèle que l'éthique professionnelle ne s'acquiert pas pendant la période de formation à l'université. Ce sont, pour les dentistes, les organismes professionnels tels leur Ordre, leur association syndicale, leur société dentaire, leurs clubs d'études qui sont appelés à jouer ce rôle. C'est ici que la cohésion des dentistes devient un incitatif au respect des normes professionnelles puisque, tout le monde se connaissant ou presque, il devient gênant d'avoir une réputation de déviant. Dans un monde aussi fermé que celui des dentistes, la pression de groupe joue un rôle déterminant dans le processus d'intériorisation de cette norme professionnelle que constitue l'idéal de service à la communauté.

3. Le pouvoir dans le processus de professionnalisation

Kuty a établi, en croisant le schéma conceptuel de Crozier à celui de Freidson (Kuty, 1973), que le malade, même en état de grande dépendance, exerce un pouvoir sur le médecin. Ce pouvoir, c'est celui de sa capacité de négocier la régression de sa maladie; c'est celui de conduire le médecin à un échec professionnel. Les malades que Kuty a observés dans diverses unités de dialyse rénale, bien que profanes et bien que fort dépendants, avaient la capacité de tenir leurs "guérisseurs" dans une situation permanente d'échec et d'obliger ainsi les médecins à affronter une image souvent peu flatteuse d'eux-mêmes. Le dialyseur tout puissant pouvait être constamment frustré à cause des structures mêmes de l'hôpital, des règles de comportement qui y prévalaient et des valeurs profanes des malades. C'est à l'observation du

jeu des acteurs dans quatre unités distinctes de dialyse rénale que Kuty en est arrivé à proposer que "la relation malade/médecin (est) comme une relation de pouvoir, comme une relation où deux individus se rencontrent, préoccupés par le contrôle de leur environnement" (Kuty, 1973, p.428). C'est ainsi que le concept de pouvoir appliqué à la médecine place le médecin et son patient dans une situation où le premier ne peut pas faire accepter inconditionnellement son autorité. L'autorité médicale n'est plus considérée ici comme allant de soi tout simplement parce que le patient est capable de frustrer les attentes du médecin.

Cette recherche dans laquelle, à la manière de Kuty, nous avons croisé les schéma conceptuels déjà décrits de Crozier et de Freidson, nous conduit aux mêmes conclusions: en dentisterie, la relation dentiste/patient demeure essentiellement une relation de pouvoir qui avantage l'un ou l'autre des acteurs selon que l'acte thérapeutique prend place dans un système référentiel professionnel ou profane. Partant, le fait organisationnel devient une variable déterminante du processus de professionnalisation puisque celui-ci détermine les paramètres dans lesquels se situe l'action avant même que n'interviennent les connaissances du dentiste. Cette affirmation s'inscrit tout à fait dans le sens des recherches d'Avrom King et de Robert F. Barkley qui soutiennent que la dentisterie, avant d'être une science fondamentale et une science clinique, est d'abord et avant tout une science du comportement. Les enjeux mêmes de l'acte thérapeuthique dentaire et l'importance qu'on lui accorde, varient selon les cultures, selon aussi un ensemble de facteurs davantage fondées sur des considérations sociologiques que biologiques (Barkley, 1972; King, 1978). Plus souvent qu'autrement, le dentiste propose et le client dispose. Le dentiste

est-il ainsi formé qu'il peut répondre à toutes les demandes avec compétence et habileté et que l'intensité de celles-ci serait commandée par un patient trop conscient de son pouvoir ? La réalité n'est pas aussi simple mais la mécanique de la relation dentiste/patient est ainsi faite que l'un et l'autre utilisent leurs atouts pour en tirer le maximum de satisfaction.

Dans ce sens, la professionnalisation d'une occupation telle la médecine dentaire consiste en la recherche par un groupe d'individus de l'établissement et du développement d'un marché de services de haute qualité exigeant un solide bagage de connaissances théoriques ainsi qu'un savoir-faire de chirurgien et d'artiste à la fois. Le processus consiste ensuite à conserver le territoire ainsi conquis, à l'agrandir et à le préserver des intrus: ce que les dentistes ont aujourd'hui, plus que jamais, à faire. Les dentistes sont maintenant menacés dans leur territoire, comme le sont les avocats dans le leur, ou encore comme le sont les architectes, les comptables, les ministres du culte ou les médecins. Le marché de services en dentisterie est encore très vaste, mais les dentistes éprouvent des difficultés évidentes à défricher (à professionnaliser) les terrains autres que ceux déjà traditionnellement couverts. Pourtant, ils ont en main des atouts de premier ordre, nettement supérieurs et de loin à ceux de leurs auxiliaires. Et pourtant, les autres champs sont en voie d'être occupés par d'autres "professionnels" ayant d'autres types d'atouts; par d'autres individus ayant le pouvoir d'imposer, plus qu'eux, leur façon de voir. C'est ainsi que, par exemple, les denturologues avec une formation collégiale partagent, avec les dentistes, un coin de terrain auparavant important pour ces derniers. C'est ainsi également que, par exemple, les hygiénistes den-

taires semblent devoir occuper la quasi totalité du champ de la dentisterie préventive. C'est ainsi aussi que, par exemple, des auxiliaires effectuent déjà, sans aucune formation formelle, ni universitaire, ni collégiale, des actes simples de restauration. Tous ces groupes d'individus (denturologues, hygiénistes dentaires, auxiliaires aux tâches accrues) se situent déjà quelque part dans la courbe du processus de professionnalisation. Leur succès dépend du pouvoir qu'ils ont de créer un marché de services, de le développer, et finalement de convaincre le public et le législateur qu'ils sont les plus "outillés", voire les seuls capables de fournir ces services dans l'intérêt général. On voit ici que le type de formation reçue n'est pas le facteur déterminant dans le processus.

A moins que les écoles dentaires ne veuillent former des professionnels de plus en plus sophistiqués, pour rendre des services de la plus haute qualité à de moins en moins de personnes, ces dernières devront tenir compte dans les programmes de formation de l'importance du fait organisationnel.

4. Avenues de recherches

Cette recherche a permis de voir le poids relatif de deux variables déterminantes dans le processus de professionnalisation à savoir celle d'abord de la formation professionnelle puis, celle de la pratique professionnelle. La démarche a ainsi permis d'apercevoir, au passage, de nombreuses avenues de recherches. On pourrait, éventuellement par exemple, examiner des alternatives au modèle flexnérien de formation

professionnelle dentaire. Les travaux de la Commission Carnegie s
l'enseignement supérieur peuvent servir ici de point de départ.

D'autres recherches pourraient porter sur les modes de pratiq
dentaire, sur les facteurs qui les conditionnent et les déterminent e
sur le rôle précis qu'exerce l'université dans ce continuum évolutif.

Pour le chercheur sur le terrain, la pratique dentaire offre
intérêt évident pour celui qui, à l'instar de Kuty, voudrait examiner
près les relations de pouvoir dans le cadre d'action concret que const
tue un cabinet dentaire de grande taille.

D'autres recherches, enfin, pourraient porter sur la façon de ré
liser, dans les programmes professionnels, une refonte susceptib
d'ajuster davantage ceux-ci aux impératifs de la pratique professio
nelle.

Plusieurs voies invitent à la réflexion et à l'analyse. La vo
que privilégie l'auteur demeure celle qui permettrait d'identifi
davantage le rôle formateur, donc préparatoire, de l'université, dans
processus.

ANNEXE

LE QUESTIONNAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

le 24 mars 1980

Cher collègue,

Le présent questionnaire se situe dans le contexte d'une recherche poursuivie par M. Jean-Louis Fortin qui occupe une fonction de cadre administratif à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal.

Il m'apparaît, en tant que président du comité de refonte du curriculum de cette faculté, que les résultats de sa recherche pourraient s'avérer être une contribution fort utile à la réalisation du projet dont j'assume l'opérationalisation.

Je suis heureux, par conséquent, d'appuyer la démarche de M. Jean-Louis Fortin puisqu'elle me permet ainsi de répondre à un souhait si souvent exprimé: celui qui veut que l'Université entretienne des contacts avec le milieu.

En souhaitant que vous collaboriez à cette importante recherche, je vous prie d'agréer, cher collègue, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Pierre Desautels, DDS, MSD
Adjoint au doyen
Président du comité de
refonte du curriculum
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal

PD:mrb

Faculté de médecine dentaire
Case postale 6209, Succursale A
Montréal, Qué., H3C 3T9

Association
des chirurgiens dentistes
du Québec

Cher confrère,

Cette lettre se veut un appel à la solidarité confraternelle.

En effet, M. Jean-Louis Fortin, adjoint au doyen à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, prépare actuellement sa thèse doctorale en vue de l'obtention de son Ph.D.

Le questionnaire ci-joint est une pièce importante de sa recherche. Ensemble nous pouvons lui donner le coup de pouce nécessaire en répondant le mieux et le plus rapidement possible à ce dit questionnaire.

Un peu de votre temps, un moment de réflexion, et nous allons aider quelqu'un qui travaille avec nous.

Comptant sur votre habituelle collaboration, je vous prie d'agréer l'expression anticipée de notre très grande reconnaissance.

Le président,

Claude Chicoine, d.d.p.

CC/ep
p.j.

Le 27 mars 1980

(REVERSE)

Association
des chirurgiens dentistes
du Québec
4159 est, rue Belanger

Association
des chirurgiens dentistes
du Québec

Dear Colleague:

We are once again calling upon your continued support.

Mr Jean-Louis Fortin, assistant to the Dean at the faculty of dentistry of the University of Montreal is presently completing his doctorate thesis.

The enclosed questionnaire is an important part of Mr Fortin's research. We realize it is in French but nevertheless hope you will take a few minutes to complete and return this survey.

We are helping someone who is working in close cooperation with us.

I know, we can count on you once again.

Yours truly,

Claude Chicoine, D.D.S.
President

CC/sp
Encl.

March 27, 1980

(VERSO)

Association
des chirurgiens dentistes
du Québec
4753 est, rue Beaubien

QUESTIONNAIRE

À L'INTENTION DES DENTISTES DU QUÉBEC

L'IMPACT DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE SUR LES MODES DE PRATIQUE DENTAIRE

PRÉPARÉ PAR
JEAN-LOUIS FORTIN, M.Ed
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

MARS 1980

Objet: Recherche doctorale de
M. Jean-Louis Fortin

Cher docteur,

C'est dans le cadre d'une recherche doctorale que ce questionnaire vous parvient. Il s'agit de clarifier, par une suite de travaux, les relations entre la préparation universitaire et la pratique professionnelle. Sans doute conviendrez-vous déjà de l'importance et de l'utilité d'une telle recherche et serez-vous prêt à assurer, pour votre part, la valeur et l'objectivité de l'information recueillie.

L'objet précis de la thèse qui découlera du présent questionnaire porte donc sur le système de formation et le contexte d'activité des dentistes au Québec. L'intérêt pour ce groupe particulier vient de sa nette identité, de sa fonction bien délimitée et de son expérience commun[illegible] partagée. Ces caractéristiques permettant de dégager des conclusions aptes à servir non seulement à la seule profession dentaire mais également à d'autres professions. Ici encore, il y a motif pour collaborer.

Le mérieux avec lequel monsieur Jean-Louis Fortin poursuit sa recherche actuelle, les résultats prévisibles de ses travaux méritent tout l'appui qu'on lui accordera, d'autant plus que les conclusions obtenues seront divulguées dans des publications pertinentes.

C'est donc avec confiance qu'en tant que son directeur de recherche, j'appuie la démarche de monsieur Fortin et que je vous prie d'accepter toute ma considération.

André Girard

André Girard, M. Sc., D. Sc.
professeur agrégé
Faculté des sciences de l'éducation
Université de Montréal

MESSAGE AUX REPONDANTS

Le questionnaire que vous avez en main a été préalablement vu par soixante dentistes en guise de mise au point. On peut y répondre sans efforts en trente minutes environ. Il conviendrait, pour assurer à la recherche toute sa rigueur et toute son utilité, de répondre à chacune des questions posées. Il est facile d'y répondre; il ne suffit généralement que d'encercler le chiffre qui correspond à votre réponse.

En aucun cas, les questionnaires retournés ne seront étudiés séparément, ce qui assure l'anonymat complet du répondant. Les données recueillies seront codifiées par des spécialistes en informatique et elles seront, par la suite, analysées globalement. C'est la raison pour laquelle vous verrez à la droite de chacune des pages une colonne dans laquelle il ne faut rien écrire.

Votre collaboration demeure essentielle en ce sens qu'elle contribuera à conférer à cette recherche le caractère scientifique requis et à donner à toute la profession des perspectives utiles pour son développement.

Vous serez ultérieurement informé des résultats de cette recherche. Merci de votre coopération.

QUESTIONNAIRE

SECTION I

Commençons par certaines questions d'ordre général concernant les études que vous avez faites et la pratique de votre profession de dentiste.

1 En quelle année avez-vous obtenu votre premier diplôme de dentiste ?

Inscrivez l'année entre les parenthèses.

Année d'obtention : 1 9 ( )

2 En quelle année avez-vous obtenu votre droit d'exercice dans la province de Québec ?

Inscrivez l'année entre les parenthèses.

Année d'obtention : 1 9 ( )

3 De quelle université avez-vous obtenu votre premier diplôme de dentiste (spécialités exclues) ?

Encerclez le chiffre qui correspond à votre réponse.

Laval	1	
McGill	2	
Montréal	3	
Autre		

Spécifiez _____

4 Après l'obtention de votre diplôme de dentiste, avez-vous poursuivi d'autres études dentaires couronnées ou non par un diplôme ?

Oui	1	Passez à la question suivante
Non	2	Passez à la question 7

5 Abstraction faite de votre S.D.S., D.D.S. ou D.M.D., veuillez dresser par ordre chronologique la liste de vos études postgraduées en dentisterie.

Utilisez le tableau suivant

Institution fréquentée	Période	Discipline	Diplôme obtenu
	19( ) à 19( )		
	19( ) à 19( )		
	19( ) à 19( )		

☐☐ (12-13)

6 Quelle est votre spécialité ?

- chirurgie 1
- endodontie 2
- hygiène publique 3
- médecine buccale 4
- orthodontie 5
- pédodontie 6
- périodontie 7
- prosthodontie 8

☐ (14)

7 Veuillez indiquer dans le tableau suivant tous les autres diplômes obtenus en dehors du champ de la dentisterie (Ex.: D.E.C., B.A., B.Sc., M.Sc., Ph.D., etc.).

Utilisez le tableau suivant

Institution fréquentée lors de l'obtention	Année d'obtention	Discipline ou champ d'étude	Diplôme obtenu
	19( )		
	19( )		
	19( )		
	19( )		

☐☐ (15-16)

8 Au sortir de l'Université, c'est-à-dire après l'obtention de votre doctorat professionnel, quelle a été votre première action ?

Encerclez une seule réponse

- l'ouverture immédiate de votre cabinet 1
- un stage en milieu hospitalier 2
- travailler pendant au moins un an chez un autre dentiste 3 ☐ (17)
- l'inscription dans un programme de spécialisation 4
- une pratique dans un service gouvernemental (Ex.: l'armée) 5
- autre, spécifiez : _____

Nous passons maintenant à quelques questions concernant votre mode de pratique dentaire.

9 De quelle façon exercez-vous présentement votre profession ?

Encercles

- pratique individuelle (solo)	1	Passez à 10	
- pratique à deux dentistes à temps plein	2	Passez à 10	
- pratique à trois dentistes à temps plein et plus	3	Passez à 10	
- fonctionnariame (scolaire, municipal, provincial, fédéral y compris l'armée)	4	Passez à 27	☐ (18)
- professeur à l'université	5	Passez à 27	
- pratique en milieu hospitalier	6	Passez à 27	
- à la retraite	7	Passez à 27	
- autre, spécifiez : _____		Passez à 27	

10 Avez-vous toujours exercé dans ce mode de pratique ?

Oui	1	Passez à 12	
Non	2	Passez à la question suivante	☐ (19)

* 11 Quels ont été vos modes de pratique antérieure ?

_____ ☐ (20)

_____

12 Depuis quand exercez-vous dans ce mode de pratique ?

Inscrivez l'année entre les parenthèses ☐☐ (21-22)

Année : 1 9 ( )

13 Dans quelle proportion votre clientèle vous vient-elle :

Si vous êtes en pratique indiv., cochez ici ( ) et passez à la sous-question b)

a) de cas "référés" par votre (vos) confrère(s) de pratique ? ___ % ☐☐ (23-

b) de cas "référés" par d'autres dentistes ? ___ % ☐☐ (25-

c) de toute autre source ? ___ % ☐☐ (27-

100%

Les spécialistes sont priés de passer à la question 16

14 Si vous êtes en pratique individuelle, répondez à la sous-question A) seulement; si vous êtes en pratique à deux et plus, répondez à la sous-question B) seulement.

A) Quelle proportion de vos patients "référez"-vous, en moyenne par année, à d'autres dentistes ?

___% ☐☐ (29-

B) Quelle proportion de vos patients "référez"-vous, en moyenne par année :

- à vos confrères de pratique ? ___% ☐☐ (31-

- à d'autres dentistes ? ___% ☐☐ (33-

15 Lequel, parmi les facteurs suivants, résume le mieux les raisons pour lesquelles vous "référez" vos patients à des confrères ?

Indiquez un seul choix

- un surplus de patients 1

- la complexité du cas à traiter 2 ☐ (35)

- autre raison 3

16 Dans l'exercice de votre profession, selon quelle fréquence avez-vous recours aux ressources suivantes ?

Encerclez votre réponse pour chaque sous-question
(Ignorer la première (a) si vous êtes en pratique individuelle)

	qq.fois par jour	qq.fois par semaine	qq.fois par mois	qq.fois par année	presque jamais	
a) votre (vos) confrère(s) de pratique	1	2	3	4	5	☐ (36)
b) les anciens confrères de classe	1	2	3	4	5	☐ (37)
c) d'autres dentistes à l'ext. de votre pratique	1	2	3	4	5	☐ (38)
d) les livres et les revues	1	2	3	4	5	☐ (39)
e) les fournisseurs dentaires	1	2	3	4	5	☐ (40)
f) les spécialistes	1	2	3	4	5	☐ (41)
g) les professeurs à l'université	1	2	3	4	5	☐ (42)

17 Combien votre pratique actuelle compte-t-elle d'employés réguliers ?

Indiquez par une fraction les employés à temps partiel
(Utilisez l'équivalence : un jour par sem. = 1/5 d'empl. plein temps)

type : dentiste (en vous excluant) nombre:_____ ☐☐ (43-44)

type : assistante dentaire nombre:_____ ☐☐ (45-46)

type : hygiéniste dentaire nombre:_____ ☐☐ (47-48)

type : réceptionniste nombre:_____ ☐ (49)

type : personnel technique nombre:_____ ☐ (50)

type : autre
spécifiez le type et le nombre:

type:_____nombre:_____

type:_____nombre:_____ ☐ (51)

18 Quelle influence ont les personnes suivantes sur le fonctionnement de votre pratique ?

Encerclez votre réponse à chaque sous-question

	énormément	beaucoup	moyennement	peu	très peu	ne s'appl. pas	
a) votre (vos) confrère(s) de pratique	1	2	3	4	5	9	☐ (52)
b) la réceptionniste	1	2	3	4	5	9	☐ (53)
c) les assistantes dentaires	1	2	3	4	5	9	☐ (54)
d) les hygiénistes dentaires	1	2	3	4	5	9	☐ (55)
e) vous même	1	2	3	4	5	9	☐ (56)

19 A votre avis, quelle influence devraient avoir ces mêmes personnes sur le fonctionnement de votre pratique ?

Encerclez votre réponse à chaque sous-question

	énormément	beaucoup	moyennement	peu	très peu	ne s'appl. pas	
a) votre (vos) confrère(s) de pratique	1	2	3	4	5	9	☐ (57)
b) la réceptionniste	1	2	3	4	5	9	☐ (58)
c) les assistantes dentaires	1	2	3	4	5	9	☐ (59)
d) les hygiénistes dentaires	1	2	3	4	5	9	☐ (60)
e) vous même	1	2	3	4	5	9	☐ (61)

Si vous êtes en pratique individuelle, passez à la question 27 ; si vous êtes en pratique à deux ou plus, passez à la question suivante.

20 Dans quelle mesure votre (vos) confrère(s) vous consulte(nt)-t-il(s) sur le plan professionnel ?

- plusieurs fois par jour 1
- presqu'à chaque jour 2
- une ou deux fois par semaine 3 ☐ (62)
- une ou deux fois par mois 4
- presque jamais 5

21 Si vous êtes en pratique à deux, réponder à la sous-question A); si vous êtes en pratique à trois ou plus, répondez à la sous-question B).

A) Votre confrère est-il un :

- généraliste ? 1 ☐ (63)
- spécialiste certifié par l'Ordre ? 2

B) Combien de vos confrères sont, en vous excluant :

généralistes: nombre____ ☐☐ (64-65)

spécialistes certifiés par l'Ordre: nombre____ ☐ (66)

22 Lequel parmi les principes suivants caractérise votre mode de pratique au niveau de la clientèle ?

- la clientèle est commune 1 ☐ (67)
- la clientèle est individuelle 2

23 Lequel parmi les principes suivants caractérise votre mode de pratique au niveau des honoraires ?

- les honoraires sont partagés 1
- les honoraires sont individuels 2 ☐ (68)
- je suis payé à salaire ou à commission par le propriétaire du cabinet 3

24 Lequel parmi les principes suivants caractérise votre mode de pratique au niveau de la responsabilité de la santé buccale des patients ?

- chaque dentiste en assure la responsabilité 1
- le groupe en assure la responsabilité 2

☐ (69)

25 Lequel parmi les principes suivants caractérise votre mode de pratique au niveau de l'évaluation des traitements donnés ?

- le travail de l'un est souvent vérifié par un autre 1
- le travail de l'un est rarement vérifié par un autre 2
- le travail de l'un n'est jamais vérifié par un autre 3

☐ (70)

26 Lequel parmi les principes suivants caractérise votre mode de pratique au niveau du partage des frais fixes ?

- ils sont partagés de façon égale entre les dentistes 1
- ils sont assumés par le propriétaire du cabinet 2
- ils sont assumés par une corporation de gestion 3

☐ (71)

27 Alors que vous étiez étudiant, quel a été parmi les facteurs suivants le facteur déterminant dans le choix de votre mode de pratique ?

Encerclez une seule réponse

- les échanges avec des confrères étudiants 1
- les échanges avec les cliniciens de la Faculté 2
- les échanges avec les professeurs de la Faculté 3
- les échanges avec d'autres dentistes en pratique 4
- les échanges avec les fournisseurs dentaires 5
- autre, spécifiez : _____

☐ (72)

28 A quel moment de votre période de formation dentaire avez-vous choisi, de façon définitive, votre mode initial de pratique ?

- avant même l'entrée à l'Université	1	
- durant la première année du cours	2	
- durant la deuxième année du cours	3	☐ (73)
- durant la troisième année du cours	4	
- durant la quatrième année du cours	5	
- après la graduation	6	

29 Parmi les disciplines suivantes, quelle part de votre temps de pratique va approximativement aux activités suivantes ?

Inscrivez votre estimation en pourcentage

- chirurgie	____%	☐☐☐☐ (1-4)
- dentisterie opératoire	____%	☐2 (5)
- dentisterie préventive	____%	☐☐ (6-7)
- diagnostic	____%	☐☐ (8-9)
- endodontie	____%	☐☐ (10-11)
- enseignement	____%	☐☐ (12-13)
- orthodontie	____%	☐☐ (14-15)
- pédodontie	____%	☐☐ (16-17)
- périodontie	____%	☐☐ (18-19)
- prothèse complète	____%	☐☐ (20-21)
- prothèse partielle amovible	____%	☐☐ (22-23)
- prothèse partielle fixe	____%	☐☐ (24-25)
- urgence	____%	☐☐ (26-27)
	100 %	☐☐ (28-29)
		☐☐ (30-31)

30 Lequel, parmi les facteurs suivants, résume le mieux cette répartition de votre temps de pratique ?

- une question de goût 1
- une question de compétence 2 ☐ (32)
- une question de clientèle 3
- autre chose 4

31 Quelle proportion de votre temps de pratique professionnelle consacrez-vous :

a) aux actes professionnels (dispensation des soins, diagnostic, instruction aux patients, etc.) _____% ☐☐ (33-

b) aux activités administratives (gestion de personnel, dossiers, comptabilité, etc.) _____% ☐☐ (35-

100 %

c) ne s'applique pas Cochez ici [ ] et passez à 34

32 Quelle proportion de vos actes professionnels consacrez-vous :

a) au diagnostic et au plan de traitement ? _____% ☐☐ (37-

b) à la dispensation des soins ? _____% ☐☐ (39-4

c) aux instructions aux patients ? _____% ☐☐ (41-4

d) au travail de laboratoire ? _____% ☐☐ (43-4

100 %

33 Quelle proportion de vos activités administratives, reliées à la pratique professionnelle, consacrez-vous personnellement :

a) à la gestion du personnel (sélection, entraînement, etc.) ? _____% ☐☐ (45-

b) à la gestion comptable ? _____% ☐☐ (47-

c) à la gestion des dossiers ? _____% ☐☐ (49-

100 %

34 Dans quelle région se situe votre lieu principal de pratique ?

a) Bas St-Laurent, Gaspésie, Côte Nord

Rimouski, Matane, Amqui, Gaspé, New Carlisle, New Richmond, Ste-Anne des Monts, Baie Comeau, Hauterive, Sept-Iles. 1

b) Saguenay - Lac St-Jean

Chicoutimi, Alma, Roberval. 2

c) Région de Québec

Québec métropolitain, Montmagny, La Malbaie, St-Georges, Thetford Mines, Rivière-du-Loup. 3

d) Région de Trois-Rivières

Trois-Riv., Shawinigan, La Tuque, Drummondville, Victoriaville. 4

e) Cantons de l'Est

Sherbrooke, Lac Mégantic. 5

f) Laurentides

Laval, Joliette, St-Jérôme, Ste-Adèle, Ste-Agathe. 6

g) Région de Montréal

Montréal métropolitain. 7 ☐☐ (51-52)

h) Région de St-Jean - Beauharnois

St-Jean, Valleyfield, Beauharnois, Laprairie, Chambly, St-Lambert, Longueuil. 8

i) Région de Richelieu, St-Hyacinthe, Granby

St-Hyacinthe, Granby, Sorel. 9

j) Outaouais

Hull, Mont-Laurier. 10

k) Nord-Ouest - Nouveau Québec

Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Val d'Or, Ville-Marie. 11

l) ne sachant pas dans quelle région situer ma pratique, voici le nom de l'endroit : _____

S E C T I O N 2

Cette section s'adresse à tous les dentistes quel que soit le mode d'exercice de leur profession. Nous poursuivons par certaines questions d'ordre plus spécifique concernant votre perception de la dentisterie en général.

35 Quelle importance les facteurs suivants ont-ils eu pour vous dans le choix de la dentisterie comme profession ?

Encerclez votre réponse pour chacun des facteurs

	très grande importance	grande importance	importance moyenne	peu d'importance	aucune importance	
a) l'autonomie d'exercice	1	2	3	4	5	☐ (53)
b) le prestige de la profession	1	2	3	4	5	☐ (54)
c) le fait d'être son propre patron	1	2	3	4	5	☐ (55)
d) le fait de traiter des êtres humains	1	2	3	4	5	☐ (56)
e) la possibilité de travailler avec ses mains	1	2	3	4	5	☐ (57)
f) le désir de rendre service	1	2	3	4	5	☐ (58)
g) les considérations économiques	1	2	3	4	5	☐ (59)
h) l'attrait d'un horaire de travail contrôlable	1	2	3	4	5	☐ (60)
i) l'assurance d'une clientèle déjà établie dès la sortie de l'Univ.	1	2	3	4	5	☐ (61)

36 Indiquez dans un ordre décroissant d'importance les trois facteurs qui, pour vous, ont été les plus déterminants dans le choix de la dentisterie comme profession.

1 signifie le plus important
2 signifie le deuxième plus important
3 signifie le troisième plus important

- autonomie d'exercice ____
- prestige de la profession ____ ☐ (62)
- fait d'être son propre patron ____ ☐ (63)
- fait de traiter des êtres humains ____ ☐ (64)
- possibilité de travailler avec ses mains ____
- désir de rendre service ____
- considérations économiques ____
- attrait d'un horaire de travail contrôlable ____
- l'assurance d'une clientèle déjà établie dès la sortie de l'Université ____

37 La médecine dentaire était-elle votre premier choix ?

oui 1 Passez à 39

non 2 Passez à la question suivante ☐ (65)

38 Sinon, quel était alors votre premier choix ?

- le droit 1
- la médecine 2
- la théologie 3 ☐ (66)
- le génie 4
- le commerce 5
- autre, spécifiez : _____

39 Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants : "En plus d'être un pourvoyeur de soins, le dentiste est ..." ?

Encerclez votre réponse pour chaque affirmation

	absolument d'accord	d'accord	ni en accord ni en désacc.	pas d'accord	absolument pas d'accord	
a) un homme d'affaires	1	2	3	4	5	☐ (67)
b) un éducateur	1	2	3	4	5	☐ (68)
c) un chef d'équipe	1	2	3	4	5	☐ (69)
d) un esthéticien	1	2	3	4	5	☐ (70)
e) un agent social important du milieu	1	2	3	4	5	☐ (71)

40 Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec chacun des énoncés suivants ?

Encerclez votre réponse pour chaque affirmation

	absolument d'accord	d'accord	ni en accord ni en désacc.	pas d'accord	absolument pas d'accord	
a) la pratique de la dentisterie est routinière	1	2	3	4	5	☐ (72)
b) la pratique de la dentisterie est professionnellement "gratifiante"	1	2	3	4	5	☐ (73)
c) la pratique de la dentisterie est physiquement épuisante	1	2	3	4	5	☐ (74)
d) l'université prépare le dentiste à affronter les problèmes administr. d'une pratique dentaire	1	2	3	4	5	☐ (75)
e) il vous est maintenant facile d'administrer votre cabinet dentaire	1	2	3	4	5	☐ (76)

A1 Nous vous demandons ici de décrire les traits sous lesquels se présente le dentiste en général. Dans le tableau suivant cochez ( ) la case qui correspond le mieux à votre appréciation. Vous constaterez que le tableau se compose de dix paires de qualificatifs qui s'opposent; par exemple, conservateur s'oppose à innovateur. Pour chaque paire de qualificatifs, vous effectuez d'abord un choix entre les deux puis, vous lui donnez une mesure (très, assez, un peu). Si vous considérez qu'il y a équilibre entre les deux, vous cochez "ni l'un ni l'autre".

EXEMPLE : si vous estimez que le dentiste est plus dynamique qu'amorphe et qu'il est assez dynamique, vous cochez comme suit :

	TRÈS	ASSEZ	UN PEU	NI L'UN NI L'AUTRE	UN PEU	ASSEZ	TRÈS	
DYNAMIQUE		✓						AMORPHE

☐☐☐☐ (1-4)
☐ (5)

	TRÈS	ASSEZ	UN PEU	NI L'UN NI L'AUTRE	UN PEU	ASSEZ	TRÈS	
CONSERVATEUR								INNOVATEUR
CHAMELEAU								PERSÉVÉRANT
AUTORITAIRE								CONCILIANT
MÉTHODIQUE								DÉSORDONNÉ
AVENTUREUX								PRUDENT
THÉORIQUE								PRATIQUE
TAPANT								IMPULSIF
HABILE								MALADROIT
OBTUS								PERSPICACE
INDIVIDUALISTE								COOPÉRATEUR

☐ (6)
☐ (7)
☐ (8)
☐ (9)
☐ (10)
☐ (11)
☐ (12)
☐ (13)
☐ (14)
☐ (15)

42 Compte tenu de votre expérience de pratique, dans quelle mesure l'utilisation des moyens suivants contribue-t-elle à conserver votre clientèle ?

Encerclez votre réponse pour chacun des moyens suivants

	énormément	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout	
a) les instructions aux patients	1	2	3	4	5	☐ (16)
b) l'ambiance physique de votre cabinet	1	2	3	4	5	☐ (17)
c) votre comportement	1	2	3	4	5	☐ (18)
d) le comportement de votre personnel	1	2	3	4	5	☐ (19)
e) l'offre d'une gamme complète de soins	1	2	3	4	5	☐ (20)
f) le souci de ne pas "faire mal" au patient	1	2	3	4	5	☐ (21)

43 Compte tenu de votre expérience de pratique, dans quelle mesure l'utilisation des moyens suivants contribue-t-elle à accroître votre clientèle ?

Encerclez votre réponse pour chacun des moyens suivants

	énormément	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout	
a) les instructions aux patients	1	2	3	4	5	☐ (22)
b) l'ambiance physique de votre cabinet	1	2	3	4	5	☐ (23)
c) votre comportement	1	2	3	4	5	☐ (24)
d) le comportement de votre personnel	1	2	3	4	5	☐ (25)
e) l'offre d'une gamme complète de soins	1	2	3	4	5	☐ (26)
f) le souci de ne pas "faire mal" au patient	1	2	3	4	5	☐ (27)

44 Si les soins dentaires devenaient "gratuits" pour la population, dans quelle proportion cela augmenterait-il, selon vous, la demande de soins dentaires au Québec ?

Encerclez le numéro correspondant à votre réponse:

- une augmentation de 0% à 10% — 1
- une augmentation de 10% à 20% — 2
- une augmentation de 20% à 30% — 3
- plus de 30% — 4
- ne sais pas — 8

☐ (28)

45 Selon votre perception du rôle du dentiste, à qui revient la responsabilité d'éduquer le public sur les méfaits de la maladie bucco-dentaire ?

- aux dentistes — 1
- aux hygiénistes dentaires — 2
- au Ministère des affaires sociales — 3

☐ (29)

46 Quand vous traitez un enfant de moins de quatorze ans, éprouvez-vous des difficultés à faire accepter par les parents votre plan de traitement dans les cas où le traitement est payé par la Régie ?

Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse

- toujours (dans 10 cas sur 10) — 1
- la plupart du temps (dans 7 à 9 cas sur 10) — 2
- assez souvent (dans 4 à 6 cas sur 10) — 3
- quelquefois (dans 2 ou 3 cas sur 10) — 4
- rarement (dans 1 cas sur 10) — 5
- jamais — 6
- ne s'applique pas — 9

☐ (30)

47 On peut être plus ou moins d'accord sur l'importance de certaines caractéristiques de la pratique d'une profession. Quelle importance accordez-vous personnellement à chacune des caractéristiques suivantes ?

Encerclez votre réponse pour chacune des carac. suivantes

	très grande importance	grande importance	importance moyenne	peu d'importance	aucune importance	
a) avoir la possibilité d'utiliser vos connaissances de base	1	2	3	4	5	☐ (31)
b) maîtriser les aspects administratifs de votre pratique	1	2	3	4	5	☐ (32)
c) avoir la possibilité de constater les résultats concrets de votre travail	1	2	3	4	5	☐ (33)
d) avoir la possibilité de vous rendre utile aux autres	1	2	3	4	5	☐ (34)
e) pouvoir varier vos activités	1	2	3	4	5	☐ (35)
f) contrôler votre horaire de trav.	1	2	3	4	5	☐ (36)
g) travailler dans une ambiance sympathique et amicale	1	2	3	4	5	☐ (37)
h) travailler avec des gens qui collaborent bien ensemble	1	2	3	4	5	☐ (38)
i) avoir une "philosophie" de pratique	1	2	3	4	5	☐ (39)

48 Etes-vous de façon générale optimiste ou pessimiste quant à l'avenir de votre profession ?

- très optimiste 1
- optimiste 2
- plus ou moins optimiste 3 ☐ (40)
- pessimiste 4
- très pessimiste 5

S E C T I O N 3

Cette section traite plus particulièrement d'éducation permanente et de certains éléments de votre stage de formation à l'Université.

49 La mise à jour des connaissances des dentistes devrait-elle être obligatoire ou facultative ?

obligatoire	1	☐ (41)
facultative	2	
ne sais pas	8	

50 Diriez-vous que les moyens suivants contribuent à la formation continue des dentistes ?

Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse

	énormément	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout	
a) les congrès	1	2	3	4	5	☐ (42)
b) les programmes en cassette	1	2	3	4	5	☐ (43)
c) les périodiques	1	2	3	4	5	☐ (44)
d) les conférences	1	2	3	4	5	☐ (45)
e) les échanges avec vos confrères	1	2	3	4	5	☐ (46)
f) les cours de l'Univ., de l'Ordre ou de l'Association	1	2	3	4	5	☐ (47)
g) les clubs d'études	1	2	3	4	5	☐ (48)

51 Lequels des moyens énumérés à la question précédente utilisez-vous davantage pour votre propre perfectionnement ?

Nommez-en deux par ordre d'importance

1er moyen _____ ☐ (49)

2ème moyen _____ ☐ (50)

52 A quelle fréquence utiliseriez-vous les deux moyens donnés à la question précédente ?

	une ou deux fois par jour	une ou deux fois par semaine	une ou deux fois par mois	cinq ou six fois par année	une ou deux fois par année	
1er moyen	1	2	3	4	5	☐ (51)
2ème moyen	1	2	3	4	5	☐ (52)

53 Jusqu'à quel point, selon vous, les moyens supplémentaires suivants seraient <u>efficaces</u> dans le processus de formation dentaire continue ?

	très	assez	moyennement	un peu	pas du tout	
a) l'octroi d'un permis d'exercice pour des périodes limitées	1	2	3	4	5	☐ (53)
b) la mise sur pied d'un système d'examens périodiques obligat.	1	2	3	4	5	☐ (54)
c) l'organisation de cours obligat. de mise à jour des connaissances	1	2	3	4	5	☐ (55)

54 Personnellement, jusqu'à quel point seriez-vous d'accord avec l'<u>instauration</u> de ces mêmes moyens supplémentaires pour favoriser la formation dentaire continue ?

	absolument d'accord	d'accord	ni en accord ni en désacc.	pas d'accord	absolument pas d'accord	
a) l'octroi d'un permis d'exercice pour des périodes limitées	1	2	3	4	5	☐ (56)
b) la mise sur pied d'un système d'examens périodiques obligat.	1	2	3	4	5	☐ (57)
c) l'organisation de cours obligatoires de mise à jour des connaissances	1	2	3	4	5	☐ (58)

55 Selon vous, dans quelle mesure l'apprentissage des sciences suivantes vous a-t-il été utile dans l'exercice de votre profession ?

	très utile	utile	moyennement utile	inutile	très inutile	ne s'appl. pas	
anatomie	1	2	3	4	5	9	☐ (59)
anesthésiologie	1	2	3	4	5	9	☐ (60)
biochimie	1	2	3	4	5	9	☐ (61)
histologie	1	2	3	4	5	9	☐ (62)
médecine buccale	1	2	3	4	5	9	☐ (63)
microbiologie	1	2	3	4	5	9	☐ (64)
nutrition	1	2	3	4	5	9	☐ (65)
pathologie	1	2	3	4	5	9	☐ (66)
pharmacologie	1	2	3	4	5	9	☐ (67)
physiologie	1	2	3	4	5	9	☐ (68)

56 Compte tenu de votre expérience de pratique, auxquelles (s'il en est) parmi les disciplines de base précédentes devrait-on consacrer plus de temps dans les programmes dentaires ?

Nommez-en deux par ordre d'importance

1. _____ ☐☐ (69-70)
2. _____ ☐☐ (71-72)

s'il n'y en a aucune, cochez ici ( )

57 Compte tenu de votre expérience de pratique, auxquelles (s'il en est) parmi les disciplines de base précédentes devrait-on consacrer moins de temps dans les programmes dentaires ?

Nommez-en deux par ordre d'importance

1. _____ ☐☐ (73-74)
2. _____ ☐☐ (75-76)

s'il n'y en a aucune, cochez ici ( )

58 Selon votre expérience de pratique, l'enseignement des sciences de base devrait-il être donné aux dentistes :

Indiquez un seul choix

exclusivement à la Faculté de médecine	1
surtout à la Faculté de médecine	2
autant à la Faculté de médecine qu'à la Faculté (ou Ecole) de médecine dentaire	3
surtout à la Faculté (ou Ecole) de médecine dentaire	4
exclusivement à la Faculté (ou Ecole) de médecine dentaire	5

☐ (77)

59 Dans quelle mesure êtes vous satisfait de la formation reçue à l'université dans les domaines suivants ?

☐☐☐ (1-4)

	très satisfait	satisfait	moyennement satisfait	peu satisfait	très peu satisfait	ne s'appl. pas	
anesthésie	1	2	3	4	5	9	☐ (5)
chirurgie	1	2	3	4	5	9	☐ (6)
dent. opératoire	1	2	3	4	5	9	☐ (7)
diagnostic	1	2	3	4	5	9	☐ (8)
endodontie	1	2	3	4	5	9	☐ (9)
matériaux	1	2	3	4	5	9	☐ (10)
orthodontie	1	2	3	4	5	9	☐ (11)
pédodontie	1	2	3	4	5	9	☐ (12)
périodontie	1	2	3	4	5	9	☐ (13)
prothèse complète	1	2	3	4	5	9	☐ (14)
prothèse part. amov.	1	2	3	4	5	9	☐ (15)
prothèse part. fixe	1	2	3	4	5	9	☐ (16)
radiologie	1	2	3	4	5	9	☐ (17)
techniques prévent.	1	2	3	4	5	9	☐ (18)

60 Compte tenu de votre expérience de pratique, auxquelles (s'il en est) parmi les disciplines cliniques précédentes devrait-on consacrer <u>plus de temps</u> dans les programmes dentaires ?

<u>Nommez-en deux par ordre d'importance</u>

1. _____ ☐☐ (20-21)

2. _____ ☐☐ (22-23)

s'il n'y en a aucune, cochez ici ( )

61 Compte tenu de votre expérience de pratique, auxquelles (s'il en est) parmi les disciplines cliniques précédentes devrait-on consacrer <u>moins de temps</u> dans les programmes dentaires ?

<u>Nommez-en deux par ordre d'importance</u>

1. _____ ☐☐ (24-25)

2. _____ ☐☐ (26-27)

s'il n'y en a aucune, cochez ici ( )

62 Selon votre expérience de pratique, l'enseignement des sciences cliniques devrait-il se donner :

- à l'Université	1
- dans des cabinets dentaires	2
- en milieu hospitalier	3
- en partie dans chacun de ces milieux	4

☐ (28)

63 En général, êtes-vous d'avis que les connaissances de base acquises pendant vos deux premières années de formation en dentisterie vous ont bien ou mal préparé à l'apprentissage des sciences cliniques ?

très bien préparé	1
plutôt bien préparé	2
plutôt mal préparé	3
très mal préparé	4

☐ (29)

64 Compte tenu de votre expérience, dans quel ordre d'importance les notions "administratives" suivantes devraient-elles être données dans les programmes dentaires ?

1 (UN) : le plus important
7 (SEPT) : le moins important

- planification d'une pratique dentaire ____ (30)
- gestion du personnel ____ (31)
- gestion d'entreprise (comptabilité, fiscalité, etc.) ____ (32)
- questions juridiques (assurances, contrats, etc.) ____ (33)
- psychologie (la communication dentiste-patient) ____ (34)
- relations interpersonnelles (les rapports entre les membres de l'équipe) ____ (35)
- notions sur le rôle de la dentisterie auprès du public en général ____ (36)

65 De façon générale, avez-vous recours aux moyens, personnes ou endroits suivants pour améliorer vos connaissances dans les domaines cités à la question précédente ?

	qq.fois par jour	qq.fois par semaine	qq.fois par mois	qq.fois par année	presque jamais	
a) à l'Université	1	2	3	4	5	(37)
b) aux organismes profess.	1	2	3	4	5	(38)
c) aux fournisseurs dentaires	1	2	3	4	5	(39)
d) aux confrères	1	2	3	4	5	(40)
e) à des firmes de consultants	1	2	3	4	5	(41)
f) à des revues spécialisées	1	2	3	4	5	(42)
g) à des spécialistes	1	2	3	4	5	(43)

66 Si c'était à refaire, recommenceriez-vous vos études en dentisterie ?

oui 1 Passez à 68

non 2 Passez à la question suivante (44)

67 Vers quelle(s) discipline(s) vous dirigeriez-vous ?

le droit 1

la médecine 2 ☐ (45)

le génie 3

le commerce 4

autre, spécifiez : _____

68 A l'exclusion des groupes professionnels dentaires, êtes-vous présentement membre des associations, sociétés ou groupes suivants :

	Oui	Non	
a) un club social (Kiwanis, Richelieu, etc.)	1	2	☐ (46)
b) une chambre de commerce	1	2	☐ (47)
c) un parti politique scolaire, municipal, etc.	1	2	☐ (48)
d) un groupe à caractère religieux	1	2	☐ (49)
e) un groupe à caractère socio-culturel	1	2	☐ (50)
f) un groupe à caractère sportif	1	2	☐ (51)

69 Etes-vous membre du conseil d'administration ou de l'exécutif de l'un ou l'autre de ces groupes, sociétés ou associations précédents.

Oui 1

Non 2 ☐ (52)

70 Selon vous, vos confrères s'impliquent-ils dans les groupes suivants :

Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse

	énormément	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout	
- les groupes professionnels dentaires (ACDQ, OCDQ, etc.)	1	2	3	4	5	☐ (53)
- les groupes non professionnels (club social, etc.)	1	2	3	4	5	☐ (54)

Enfin, pour terminer, nous aimerions obtenir certains renseignements supplémentaires.

71 Où êtes-vous né(e) ?

au Québec 1 ☐ (55)

dans une autre province 2

dans un autre pays

spécifiez_____

72 En quelle année êtes-vous né(e) ?

Utilisez les parenthèses

Année de naissance 1 9 ( ) ☐☐ (56-

73 Environ combien d'années de scolarité votre père a-t-il complétées ?

Utilisez les parenthèses s'il y a lieu

nombre d'années de scolarité (____) ☐☐ (58-

ne sais pas, cochez ici ( )

74 Environ combien d'années de scolarité votre mère a-t-elle complétées ?

Utilisez les parenthèses s'il y a lieu

nombre d'années de scolarité (____) ☐☐ (60-

ne sais pas cochez ici ( )

75 Quelle était l'occupation de votre père quand vous étiez adolescent ?

_____

ne sais pas cochez ici ( ) ☐☐ (62-

76 Pour nos statistiques, pourriez-vous indiquer votre sexe ?

féminin 1 ☐ (64)

masculin 2

77 Quelle est votre langue maternelle ?

le français 1 ☐ (65)

l'anglais 2

autre (précisez)_____ 3

78 Avez-vous des commentaires à ajouter sur la formation que vous avez reçue à l'Université et sur votre expérience de la pratique dentaire ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ ☐☐ (66-67)

_____

_____

_____

_____

_____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Veuillez retourner le questionnaire à

Monsieur Jean-Louis Fortin
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal
Case Postale 6209, Succ. A
Montréal, (Qué.)
H3C 3T9

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

AYE, J.B. et JOHNSON, D.W. (1979). Dental Manpower Fact Book, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Maryland.

ALMOND, G. et SHELSEN, N.J.(1974). Public Higher Education in California, University of California Press, Berkeley.

APGENS, Pierre (1978). Document de consultation. Commission d'étude sur les universités, mois de janvier, Gouvernement du Québec.

APGENS, Pierre (1979). Rapport du comité d'étude sur l'université et la société québécoise. Commission d'étude sur les universités, mois de mai, Gouvernement du Québec.

APGENS, Pierre (1979). Rapport du comité de coordination. Commission d'étude sur les universités, mois de mai, Gouvernement du Québec.

APGENS, Pierre (1979). Rapport du comité d'étude sur l'organisation du système universitaire, Partie III. Commission d'étude sur les universités, mois de mai, Gouvernement du Québec.

ARLYAP, William G. et al (1973). The Future of Medical Education, Duke University Press, Durham, North Carolina.

ASHBY, Eric (1971). Any Person, Any Study, McGraw-Hill Book Company.

ASSOGBA, Yao, P.(1978). "Deschooling Society" ou l'illichisme: une utopie monastique. Revue des sciences de l'éducation, Vol. 4 (2), 181-203.

BALDRIDGE, J. Victor (1971). Power and Conflict in the University, John Wiley and Sons, Inc., New York.

BARBER, B. (1963). Some Problems in the Sociology of the Professions, Daedalus, Vol 92, 669-688.

BARKLEY, Robert F. (1972). Successful Preventive Dental Practices, Preventive Dentistry Press, Macomb, Illinois.

BARKLEY, Robert F. (1977). On becoming a Humanistic Dentist. NEXUS, Vol. 3 (33-34), 1-4.

BARNES, David E. (1975). Current Systems of Delivery of Oral Health Service. International Dental Journal, Vol. 25 (1), 20-25.

BECK, D.J. et MOLLER, I.J. (1976). How Oral Surveys were conducted. International Dental Journal, Vol. 26 (3), 299-306.

BECKER, H.S. et CARPER, J. (1956). The Elements of Identification with an Occupation. American Sociological Review, Vol. 21, 341-348.

BECKER, Howard, S. (1960). Notes on the Concept of Commitment. American Journal of Sociology, Vol. 66, 32-40.

BECKER, Howard et al (1961). Boys in White: Student Culture in Medical School, University of Chicago Press.

BEDARD, Michel (1980). Mémoire sur le fonctionnement du système Cox. Mémoire non publié. Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal.

BELANGER, P.W. et MOCHER, G. (1970). Ecole et société au Québec, Tome 2, Hurtubise HMH. BENSAID, Norbert (1981). La lumière médicale: les illusions de la prévention, Editions du Seuil, Paris.

BISHOP, F.M., DAWKINS, S.F. et FROELICH, S.E. (1976). Communication in the Dental Office, The C.V. Mosby Company.

BOUCHARD, Jacques (1979). Les 36 cordes sensibles des Québécois, Editions Héritage, Montréal.

BOUDON, Raymond (1977). Effets Pervers et Ordre Social, Presses Universitaires de France.

BOWLES, F. et DECOSTA, F.A. (1971). Between Two Worlds, McGraw-Hill Book Company, New York.

BOYER, Guy (1981). L'éducation dentaire, elle continue... Exposé présenté au Colloque de l'Ordre des dentistes du Québec, 12 juin, Montréal.

BOYLAN, Mathew E. (1981). Capitation Dental Programs: A New Slant. The Journal of the Michigan Dental Association, Vol. 63 (6), 403-405.

BOZZINI, Luciano et al (1981). Médecine et Société: les années 90, Editions coopératives Albert Saint-Martin.

BRASSARD, Jean (1977). La Théorie de l'Action de Parsons: quelques implications pour le curriculum. Revue des sciences de l'éducation, Vol. 3, (1), Montréal, 37-54.

BRASSARD, Jean (1979). Le curriculum dans un système scolaire décentralisé. Revue des sciences de l'éducation, Vol.5 (1) Montréal, 55-70.

BRICK, G. Leslie (1965). The Modern University, André Deutsch, London, England.

BRUSSEAU, Louise S. et al (1971). Group Dental Practice, Bureau of Health Man Power Education. National Institutes of Health, Maryland. DHew Publication, 72-189.

BULLOUGH, Vern L. (1963). The Term Doctor. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. Vol.18, 284-287.

BULMAN, John S. et al (1968). Demand and Need for Dental Care. A Socio-Dental Study, Oxford University Press, Londres.

CALISTI, Louis J.P. et al (1979). Handbook of Dental Specialties, Arandel Publishing Company, Inc. Wellesley, Massachussetts.

CARLOS, Serge et al (1971). Manuel d'analyse du programme "Langage de statistiques descriptives", Université de Montréal.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1970). Higher Education and the Nation's Health: Policies for Medical and Dental Education, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1971). Less Time, More Options: education beyond the high school, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1971). New Students and New Places: Policies for the Future Growth and Development of American Higher Education, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1972). Reform on Campus: Changing Students, Changing Academic Programs, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1973). Toward a Learning Society, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1973). The Purposes and the Performance of Higher Education in the United States: Approaching the Year 2000, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION (1973). Continuity and Discontinuity, McGraw-Hill Book Company, New York.

CARNEGIE COUNCIL REPORT (1976). Progress and Problems in Medical and Dental Education, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

CARR-SAUNDERS, E.M. et WILSON, P.A. (1933). The Professions, Oxford University Press, Oxford.

CASH, David E. et al (1974). Cynism, Humanitarianism, and Dental Career Development. Journal of Dental Education, Vol. 38 (11), 645-649.

CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUEBEC (1979). Questionnaire de la Commission d'étude et d'action sur l'avenir du notariat. C.E.A.A.N., préparé par le Centre de sondage de l'Université de Montréal.

CHAPOULIE, Jean-Michel (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. Revue française de sociologie, Vol. 14, 86-114.

CHARTON-BRASSARD, J. et DUHART, J. (1973). Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale. Revue française de sociologie, numéro spécial sur la sociologie médicale, 77-101.

CHEVELAT, G.F. et OLSEN, E.D. (1979). Dental Capitation Programs: A Comparision of Delivery Systems. Journal de l'Association dentaire canadienne, septembre, 47-50.

CLOSE, J.M. et al (1980). Goals, Objectives, and Outcomes: Case Study of a Program Assessment. Journal of Dental Education, Vol 44 (8), 484-490.

CRADY, J.M. (1975). Future Trend in Dental Education. American College of Dentists, Vol.42, 82.

COCKERHAM, William C. (1978). Medical Sociology, Prentice-Hall Inc., New Jersey.

COE, Rodney M. (1970). Sociology of Medicine, McGraw-Hill Book Company, New York.

COGAN, Morris L. (1953). Toward a Definition of a Profession. Harvard Educational Review, vol. 23, 33-50.

COHEN, Albert K. (1966). Deviance and Control, Prentice-Hall Inc., New Jersey.

COHEN, Lois K. (1971). Social Sciences and Dentistry: a Critical Bibliography, Fédération Dentaire Internationale. H. David Richards, éditeur. Université de Sussex , Angleterre.

COHEN, Lois K. (1976). How the Study was designed. International Dental Journal, Vol. 26 (3), 293-298.

COHEN, Lois K. (1979). Implications of Dental Disease: A Sociologist's Perspective. Symposium on the Year of the Child. Royal College of Dentists, Septembre, Québec.

COHEN, Robert (1978). The Quality of Life of the Dentist as perceived by Society. International Dental Journal, Vol. 28 (3), 332-337.

COLE, Leonard A. (1981). A New Look in American Dentistry. New York Times, Mars-avril.

CONSEIL DES UNIVERSITES (1979). La place du juriste dans la société québécoise. L'adéquation des programmes des facultés de droit aux fonctions de travail de leurs diplômés, Gouvernement du Québec.

CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA (1978). Rapport de la Commission d'enquête sur les études supérieures dans les sciences humaines, tome 1 et 2, Gouvernement du Canada.

CONSEIL DU PATRONAT DU QUEBEC (1980). Mémoire soumis au Ministre de l'éducation au sujet du document de consultation intitulé "La formation professionnelle au Québec". Conseil du Patronat du Québec, Montréal, mai 1980.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al (1980). Femmes médecins du Québec. Ouvrage non-publié, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1981). Qualité des services et organisation des soins dentaires. Exposé présenté au colloque de l'Ordre des dentistes du Québec, 12 juin. Montréal.

CORMIER, M.A., LESSARD, C. et VALOIS, P. (1979). Les enseignants du Québec: une étude socio-pédagogique, Vol 1, Présentation générale, validation préliminaire et résultats bruts. Ministère de l'éducation, Gouvernement du Québec.

CORMIER, M.A., LESSARD, C., VALOIS, P. et TOUPIN, L. (1979). Les enseignants du Québec: une étude socio-pédagogique, Vol 6, La formation et le perfectionnement. Ministère de l'éducation, Gouvernement du Québec.

CORRY, J.A. et BONNEAU, L.P. (1972). Quest for the Optimum, A.U.C.C. Ottawa.

COVIT, Clyde (1981). Capitation. Probe & Mirror, Montreal, Janvier.

COVIT, Clyde (1981). Dental Care: Alternate Delivery and Funding Systems. Document presented to the Mount Royal Dental Society, February 3rd, 1-55, Montreal.

CRITERE (1979). Les professions, Revue Critère, no 25, Société de publication Critère inc., Collège Ahuntsic, Montréal.

CRITERE (1979). La déprofessionnalisation. Revue Critère, no 26, Société de publication Critère inc., Collège Ahuntsic, Montréal.

CROZIER, Michel (1963). Le phénomène bureaucratique. Editions du Seuil, Paris.

CROZIER, Michel (1965). Le monde des employés de bureau. Editions du Seuil, Paris.

CROZIER, Michel (1970). La société bloquée. Editions du Seuil, Paris.

CROZIER, Michel (1971). Sentiments, organisations et systèmes. Revue française de sociologie, numéro spécial, vol 11-12, 141-154.

CROZIER, M. et THOENIG, J.C. (1975). La régulation de systèmes organisés complexes. Revue française de sociologie, Vol.16 (1), 3-32.

CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). L'acteur et le système. Editions du Seuil, Paris.

CROZIER, Michel (1979). On ne change pas la société par décret. Editions du Seuil, Paris.

CROZIER, Michel (1980). Le mal américain, Editions Select Limitée, Montréal.

CUNNIEN, G.F. et WITTEMANN, J.K. (1976). Motives to Enter the Dental Profession: Students, Practitioners, Faculty. Journal of Dental Education, Vol.40 (5), 265-268.

DAOUST, G. et BELANGER, P. (1974). L'université dans une société éducative, Les Presses de l'Université de Montréal.

DAVIS, Morton D. (1970). La théorie des jeux, Librairie Armand Colin, Paris.

DAVIS, Peter (1980). The Social Context of Dentistry, Croom Helm London, England.

DENHOLTZ M. et DENHOLTZ E. (1977). How to Save your Teeth and your Money. Van Nostrand Reinhold Company, New York.

DESAUTELS, Pierre (1977). Le rôle du professeur de carrière dans une école dentaire. Bulletin d'information de la Faculté de médecine dentaire, Vol. 3 (1), 23-25. Université de Montréal.

DESCHENE, Jules (1969). L'Université, son rôle, le rôle de ses composantes, les relations entre ses composantes. Presses de l'Université de Montréal.

DI BIAGGIO, J. et COOPER, T.H. (1977). Dentist-Staff Interpersonal Relationships. Dental Clinics of North America, Vol. 21 (3), 471-477.

DIMARCO, N. et PEARLMUTTER, H. (1976). Impact of Class Environment of Machiavellianism and Leadership, Interpersonal Need, and Life-Style Orientations of Dental Students. Journal of Dental Education, Vol. 40 (6), 340-344.

DION, Léon (1967). Le Bill 60 et la société québécoise. Editions HMH Ltée.

DION, Léon (1971). Société et politique: la vie des groupes, tome premier, Les Presses de l'Université Laval, Québec.

DION, Léon (1979). Rapport de la Commission d'étude sur l'avenir de l'Université Laval, Presses de l'Université Laval.

DIXTER, C.T. et al (1979). Principal Dental Health Indices for 13/14 Years Old Schoolchildren in Quebec, McGill University, Août, Montréal.

DRESSEL, P.L. et al (1971). The Confidence Crisis, Jossey-Bass Inc, Publishers.

DUGUET, Pierre (1979). The Regional Health University - Innovative Experiments in Health and Medical Education in Nine Countries. Health Handbook, North-Holland Publishing Company.

DUPPENTHALER, James L. (1976). How the Oral and Social Measures Were Compared. International Dental Journal, Vol.26 (3), 314-336.

DURKHEIM, Emile (1930). De la division du travail social, Presses Universitaires de France, nouvelle édition 1973, Paris.

DUSSAULT, Gilles (1977). Sociologie et Dentisterie. Journal Dentaire du Québec. Juin-Juillet. 22-23.

DUSSAULT, G., BRODEUR, J.M. et CONTANDRIOPOULOS, A.P. (1979). Les effectifs dentaires au Québec, Ordre des dentistes du Québec. Rapport non publié. Montréal.

DUVAL, Merlin K. (1979). Professional Factors Affecting Dental Education. Journal of Dental Education, Vol. 43 (9), 499-502.

DWORKIN, Samuel F. (1974). Behavioral Sciences in Dental Education: Broad Purposes and Educational Objectives. Journal of Dental Education, Vol. 38 (4), 204-210.

DWORKIN, S.F., FERENCE, T.P. et GIDDON, D.B. (1978). Behavioral Science and Dental Practice, The C.V. Mosby Company, Saint-Louis.

EHRLICH, David H. (1979). Professionalism. American College of Dentists, Vol. 46 (3), 152-155.

EHRLICH, T. et PACKER, H.L. (1972). New Directions in Legal Education, McGraw-Hill Book Company.

ELLIOT, Philip (1972). The Sociology of the Professions, London, MacMillan.

FIELDEN, J. et LOCKWOOD, G. (1973). Planning and Management in Universities, a Study of British Universities. Sussex University Press.

FIELDS, Cheryl M. (1979). One Fourth of Women Psychologists in Survey Report Sexual Contacts with their Professors. The Chronicle of Higher Education, Vol. XIX (3), September 17.

FIELDS, Cheryl M. (1979). States Advised to Curb Growth of Programs for Health Professionals. The Chronicle of Higher Education, July 2.

FIELDS, Cheryl M. (1980). SAT Scores Don't Measure Scholastic Aptitude, Can Be Influenced by 'Coaching', Report says. The Chronicle of Higher Education, Vol. XX (13), May 27.

FIELDS, Cheryl M. et JACOBSON, Robert L. (1980). Nader Accuses ETS of Fraud, Plans Drive for Testing Reform. The Chronicle of Higher Education, January 21.

FIELDS, Cheryl M. (1981). Panel to Appraise Performance and Curricula of Medical Schools. The Chronicle of High Education, Vol. XXII (22), July 20.

FLEXNER, Abraham (1910). Medical Education in the United States and Canada, The Heritage Press, Buffalo, New York.

FLEXNER, Abraham (1930). Universities, Oxford University Press, New York.

FLEXNER, Abraham (1940). I Remember, Autobiographie d'Abraham Flexner, Simon and Shuster, New York.

FREDERICKS, M.A., LOBENWE, R.H. et MURDY, P. (1980). Dental Care in Society, McFarland & Co, Inc., North Carolina.

FREIDSON, Eliot (1958). The Public Looks at Dental Care. Journal of the American Dental Association, Septembre, 325-335.

FREIDSON, Eliot (1960). Client Control and Medical Practice. American Journal of Sociology, Janvier, 374-382.

FREIDSON, Eliot (1961). Patients' Views of Medical Practice, New York Russell Sage Foundation.

FREIDSON, Eliot (1968). Paramedical Personnel. International Encyclopedia of the Social Sciences, David L. Sills, Ed., Vol. 10, 114-120.

FREIDSON, Eliot (1970). Professional Dominance, Atherton Press Inc., New York.

FREIDSON, E. et LORBER, J. (1972). Medical Men and their Work, Aldine-Atherton, Chicago-New York.

FREIDSON, Eliot (1974). Profession of Medicine, Dodd, Mead & Company, New York.

FRIEDBERG, Erhard (1972). L'analyse sociologique des organisations. Pour(28), GREP,Paris.

FULLER, J.L. et KILLIP, D.E. (1979). Do Dental Students Cheat? Journal of Dental Education, Vol. 13, 666-669.

GALLAGHER, Marie E. (1980). Alternative in oral health care delivery systems. Oral Health. Vol. 70, 11-15.

GERSTL, J.E. (1959). Career Commitment and Style of Life in Three Middle Class Occupations. Thèse de doctorat non publiée. Université de Minnesota.

GERSTL, J.E. (1961). Determinants of occupational Community in High Status Occupations. Sociological Quaterly, Vol.2, 37-48.

GERSTL, J.E. et PERRUCCI, R. (1969). Profession without Community: Engineers in American Society, Random House, New York.

GERSTL, J.E. et JACOBS, G. (1976). Professions for the People, Schenkman Publishing Company, Toronto.

GIDDON, Donald B. (1978). Conceptual Basis of Behavioral Science in Dentistry. Journal of American College of Dentists, Vol. 37 (4), 276-280.

GIES, William J. (1926). Dental Education in the United States and Canada. The Heritage Press, Buffalo, New York.

GIFT, H.C. et HOEHMAN, K.C. (1974). The Role of the Practicing Dentist in the Delivery of Caries Prevention. Division of Behavioral Sciences, American Dental Association Health Foundation Research Institute.

GIFT, Helen C., (1977). The Dental Patient's Cultural Response to the Need for Dental Care. Dental Clinics of North America, Vol. 21 (3), 595-604.

GIRARD, André (1973). Etude comparée (France/Etats - Unis/ Québec) sur l'enseignement post - secondaire au premier cycle du point de vue de l'organisation et des structures, thèse de doctorat non publiée, Université Laval.

GIRARD, André (1981). Commissions scolaires et Ministère de l'Education: de Boston et de Paris à Québec. McGill Journal of Education. Printemps 1981. Vol.XVI (2), pp.181-188.

GOODE, William, J. (1957). Community Within a Community: The Professions. American Sociological Review, Vol. 22, 194-200.

GOODE, William, J. (1960). Encroachment, Charlatanism and the Emerging Profession: Psychology, Medicine and Sociology. American Sociological Review, Vol. 25, 902-914.

GORDON, Margaret S. (1974). Higher Education and the Labor Market. McGraw-Hill Book Company, New York.

GOTTCENT, John H. (1980). Practicing the Science of Getting Good Grades. The Chronicle of Higher Education, Vol. XXXI, (2), December 8.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC (1979). Pour une politique québécoise de la recherche scientifique. Editeur officiel du Québec.

GREELT, Colo (1979). Plagiarism Charges Split Campus. The Chronicle of Higher Education, Vol. XVIII (21), July 30.

GREEN, E.J. (1972). The "What" and "Why" of Group Practice. Dental Clinics of North America, Vol 16 (2), 245-253.

GUCCIONE, Liz (1979). If Dentistry is hard on your nerves. Financial Post Magazine, Avril.

HALL, Richard H. (1968). Professionnalization and Bureaucratization. American Sociological Review Vol. 33, 92-104.

HARDIGAN, James E. (1977). Management by Objectives for the Dental Office. Dental Clinics of North America, Vol. 21 (3), 505-514.

HARRIS, Robins (1976). A History of Higher Education in Canada. University of Toronto Press.

HEIST, Paul A. (1960). Personality Characteristics of Dental Students. Ed. Rec. (American Council on Education) 2-5. Washington.

MENZE, Carlo et al (1969). The Modern University. Georg Thieme Verlag. Stuttgart International Medical Book Corporation. New York.

MERZLICH, Claudine (1973). Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. Revue française de sociologie, numéro spécial sur la sociologie médicale, 41-59.

MINE, Raynard K. (1966). Review of dentistry: Questions and Answers. The C.V. Mosby Company, St.Louis.

MOGAN, Robert (1981). Of Rituals, Roles, Cheaters, and Spoilsports. Johns Hopkins Magazine. October, 46-53.

MOUSE, R.F. (1980). Report on Dentistry. Report prepared on behalf of the College of Dental Surgeons of British Columbia, the College of Dental Surgeons of Saskatchewan and the Manitoba Dental Association. Toronto. R.F. House & Associates Limited.

HUGHES, Everett C. (1958). Men and their Work. The Free Press of Glencoe.

HUGHES, Everett C. (1963). Professions. Daedalus, Vol. 92, 655-668.

HUGHES, Everett C. (1973). Education for the Professions of Medicine, Law, Theology, and Social Welfare. McGraw-Hill Book Company, New York.

HULL, C. Hadlai et al (1975). Statistical Package for the Social Sciences: SPSS Primer, McGraw-Hill Book Company, New York.

HUNTUBISE, R. et MONAT, D. (1970). L'université, la société et le gouvernement. Rapport de la Commission d'étude sur les relations entre les universités et les gouvernements. Editions de l'Université d'Ottawa.

HUNTUBISE, René (1973). L'université québécoise du proche avenir. Montréal, Editions HMH.

ILLICH, Ivan (1971). Une société sans école. Editions du Seuil, Paris.

ILLICH, Ivan (1975). Nemesis médicale, l'expropriation de la santé. Editions du Seuil, Paris.

INGERSOLL, Barbara D. et al (1977). Behavioral Dentistry. Proceedings of the First National Conference. West Virginia University. Morgantown, West Virginia.

INGERSOLL, Thomas G. et al (1978). A Survey of Patient and Auxiliary Problems as they Relate to Behavioral Dentistry Curricula. Journal of Dental Education. Vol.42 (5), 260-263.

JACKSON, John A. et al (1970). Professions and Professionalization. Cambridge at the University Press, Great Britain.

JASON, Hilliard (1970). The Relevance of Medical Education to Medical Practice. Journal of the American Medical Association. Vol. 212, 2092-2095.

JERGE, C.R et al (1974). Group Practice and the Future of Dental Care. Henry Kimpton Publishers, London.

JOHNSON, Terence, J. (1972). Professions and Power. Macmillan. The Anchor Press Ltd, Great Britain.

JONG, Anthony (1981). Dental Public Health and Community Dentistry. C.V. Mosby Co. Toronto.

Journal de l'Association dentaire canadienne (1981). "N'ayez pas peur de soi", dit Howie Rocket. JADA. Vol. 47 (7), 431-433.

KAYSEN, C. et al (1973). Content and Context. McGraw-Hill Book Company. New York

KERR, Clark (1963). The Uses of the University. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

KERR, Clark et al (1971). The University in Transition. Seidman Lecture Series. Memphis State University Press.

KING, Avrom (1978). Dentistry for Fun and Profit. The Nerus Group. Scottsdale, Arizona.

KLEIN, Alan J. (1978). Personal Satisfaction for the Dental Practitioner. Dental Clinics of North America, Vol. 22 (2), 187-196.

KNIGHT, James Allen (1973). Medical Student. Library of Congress, New York.

KORN, W. et MORE, D.M. (1960). Some Motives for Entering Dentistry. American Journal of Sociology, Vol. 66, 48-53.

KOURGANOFF, Vladimir (1972). La face cachée de l'Université. Presses universitaires de France, Paris.

KUTT, O. (1973). Le pouvoir du Malade: Analyse Sociologique des Unités de Reins Artificiels. Thèse de doctorat, Université René Descartes, Paris.

KUTT, O. (1975). Orientation Culturelle et Profession Médicale. La Relation Thérapeutique dans les Unités de Rein Artificiel et son Environnement. Revue Française de Sociologie, Vol. 16 (2), 189-214.

LADD, E.C. et LIPSET, S.M. (1976). The Divided Academy. McGraw-Hill Book Company, New York.

LALONDE, Marc (1974). Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Editeur officiel, Ottawa.

LAMARCHE, Pierre-Yves (198-). L'Ordre des dentistes, le dépositaire du mandat social de chacun des dentistes. Allocution non publiée. Ordre des dentistes du Québec, Montréal.

LANDRY, Lansing (1979). Campus Shock, E.P. Dutton, New York.

LANDRY, J. et LANGEVIN, D. (1978). Guide du jeune dentiste. Non publié. Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal.

LEE, Eugène C. (1971). The Multicampus University. McGraw-Hill Book Company, New York.

LELOUVIER, Jean-Joseph (1973). Etre chirurgien-dentiste. Les éditions du Cerf. Paris.

LEPAGE, L. et MASSOT, A. (1974). Trois parents, trois profs, 1mlle école. Commission scolaire de Saint-Jérôme.

LESSARD, C., CORMIER, R.A. et VALOIS, P. (1979). Les enseignants et enseignantes du Québec: une étude socio-pédagogique, Vol 2, La constitution des variables dépendantes. Ministère de l'éducation, Gouvernement du Québec.

LESSARD, C., CORMIER, R.A., VALOIS, P. et TOUPIN, L. (1979). Les enseignants et enseignantes du Québec: une étude socio-pédagogique, Vol 3, Caractéristiques démographiques socio-culturelles et professionnelles.

LIPSET, S.M. et RIESMAN, D. (1975). Education and Politics at Harvard, McGraw-Hill Book Company, New York.

LOETHER, H.J. et MCTAVISH, D.G. (1974). Descriptive Statistics for Sociologists: An Introduction, Allyn and Bacon, Inc., Boston.

LORBER, Judith (1967). Deviance as Performance: The Case of Illness, Social Problems, Vol. 14, 302-310.

LUSSIER, Jean-Paul (1969). Les Structures, Rapport du C.D.A., Université de Montréal.

LUSSIER, Jean-Paul (1970). Les Structures, Rapport final du C.D.A., Université de Montréal.

LUSSIER, J.-P. et SIMARD, P. (1970). Les soins dentaires au Québec: besoins dentaires en général; besoins dentaires des personnes de 18 ans et moins; conclusions. Journal de l'Association dentaire canadienne, Vol. 36 (12), 452-459.

LUSSIER, J.-P. et SIMARD, P. (1970). Les soins dentaires au Québec: méthodologie; caractéristiques de l'échantillonnage, fréquence des visites au cabinet dentaire. Journal de l'Association dentaire canadienne, Vol.36 (7), 265-272.

LUSSIER, Jean-Paul 1973). Les sciences de la santé à l'Université de Montréal, rapport du sous-comité des structures au comité conjoint de la planification, Université de Montréal.

LUSSIER, Jean-Paul (1977). La dispensation des soins dentaires et leurs relations avec les programmes de formation. Bulletin d'information de la faculté de médecine dentaire, Vol. 3 (1), 8-14. Université de Montréal.

LUSSIER, Jean-Paul (1980). International Year of the Child Dental Perspectives. Journal of the Canadian Dental Association, No.1.

MACENTEE, M.I. (1981). The Denturist Movement in Canada. Journal de l'Association dentaire canadienne, Vol. 47 (8), 521-533.

MACLEAN, Frances (1980). A Dose of Practical Advises from a Medical Maverick. Books and Arts, February 22.

MAGRAW, R.M. et HOVIE, S. (1979). Dental Education and Public Policy: A Research Agenda. Journal of Dental Education, Vol. 43 (2), 96-100.

MALLIN, Robert J. (1978). The Financially Healthy Dentist. Dental Clinics of North America, Vol. 22 (2), 263-268.

MARCH, J.G. et SIMON, H.A. (1974). Les organisations, Dunod, Paris.

MARGOLESE, Sheppard (1980). Attitudes of Dentists in British Columbia toward Removable Prosthodontics. The Journal of Prosthetic Dentistry, Vol. 43 (1), 22-26.

MATHEW, Lewis B. (1970). Graduate and Professional Education, 1980, McGraw-Hill Book Company, New York.

McDONALD, Kim (1981). Colleges Say GI Bill Benefits are too Low. The Chronicle of High Education, Vol.XXII (24), August 3rd.

MCHENRY, D.E. et al (1977). Academic Departments, Jossey-Bass Inc, Publishers.

MCLAUGHLIN, Sheldon (1976). The Future and Medical Care, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Mass.

MERCIER, Pierre (1971). Rapport du comité de revision des structures, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.

MERTON, Robert K. (1940). Bureaucratic Structures and Personality. Social Forces, Vol. 18, 560-568.

METZNER, C.A. (1960). Attractions and Blocks: The A and B of the Utilization of Dental Services. Journal of the American Dental Association, Vol. 60, 17-22.

MILLS, C. Wright (1951). White Collar, Oxford University Press, New York.

MINISTERE DE L'EDUCATION (1975). Opération Sciences de la santé. Planification sectorielle de l'enseignement supérieur. Tome I et II. Gouvernement du Québec.

MINISTERE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL (1980). La dentisterie préventive: pratique, règles et recommandations, Ministère des Approvisionnements et Service Canada. Gouvernement du Canada.

MOOD, Alexander M. (1973). The Future of Higher Education, McGraw-Hill Book Company, New York.

MURRAY, B.F. et SCHARTZ, R.H. (1981). Factors Affecting Work Satisfaction among Dentists in Utah: A Secondary Analysis. Journal of the American College of Dentists, Vol. 48 (1), 47-58.

NAIDER, Allan (1980). The Reign of ETS, The Ralph Nader Report on the Educational Testing Service. Washington.

NEWMAN, John Henry (1853). L'idée d'Université, Les discours de 1852, Le Cercle du Livre de France.

NEWPORT, G. M. et ROBINSON, G. E. (1974). Dental Organization Management, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

NILAND, Billyanna Mary (1963). Social Factors Related to Dentistry as a Career, Unpublished Ph.D. Dissertation, University of Southern California.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1975). Pour une meilleure intégration des professionnels à la société. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, devant les membres de la Chambre de commerce de Montréal, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1975). L'émergence d'un pouvoir réel des consommateurs de services professionnels. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, devant les représentants du public aux Bureaux des corporations professionnelles. Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1975). Ethique professionnelle et éthique sociale. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, devant les membres de l'Ordre des ingénieurs du Québec. Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1976). L'évolution du professionnalisme au Québec. Editeur officiel du Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1976). Etude épidémiologique sur la santé bucco-dentaire d'une population de personnes totalement édentées du Québec. Editeur officiel du Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1976). L'université d'aujourd'hui et les professions. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, devant les participants à la conférence annuelle de l'Association des universités et collèges du Canada, Office des Professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1977). Les moyens d'intervention des associations de consommateurs en matière de services professionnels. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, devant les participants à un colloque organisé par le Conseil canadien de surveillance des industries régies, en collaboration avec l'Association des consommateurs du Canada, section du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1977). Pour une formation des professionnels adaptée aux besoins de la population. Allocution prononcée par M. René Dussault, président de l'Office, lors d'un colloque sur l'université régionale de la santé et l'Est du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1977). La protection du public consommateur de services sociaux. Allocution prononcée par M. Donald Bouffard, directeur de la recherche de l'Office, devant la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1978). Les aspects de la crise de la médecine qui préoccupent l'Office des professions. Allocution prononcée par M. André Desgagné, président de l'Office, à l'occasion du deuxième congrès annuel de la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1978). Le professionnel syndiqué. Allocution prononcée par M. André Desgagnés, président de l'Office, lors de la Conférence canadienne de développement social, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1978). Les éléments d'une définition réaliste d'une professio.. Allocution prononcée par M. André Desgagné, président de l'Office, devant les membres de la Corporation professionnelle des évaluateurs agréés du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). La formation continue: un moyen, non pas une fin. Allocution prononcée par M. André Desgagné, président de l'Office, devant l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). Les compagnies de services professionnels. Etude réalisée par le Service des affaires juridiques de l'Office, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). L'exercice professionnel dans le contexte nord-américain de libre concurrence. Allocution prononcée par M. André Desgagné, président de l'Office, devant les membres de l'Ordre des optométristes du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). L'Office des professions et l'évolution de la relation professionnel/client. Allocution prononcée par M. André Désgagné, président de l'Office, lors du colloque de la Fédération des notaires du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). Consommateur d'abord ... professionnel ensuite ? Allocution prononcée par M. André Desgagné, président de l'Office, devant les membres de l'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec, Office des professions, Québec.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUEBEC (1979). La formation des professionnels. Editeur officiel du Québec.

O'NEIL, Louis 1977). La déontologie professionnelle au Québec. Rapport de recherche préparé par l'Institut supérieur des sciences humaines à la demande de l'Office des profession du Québec.

ORDRE DES DENTISTES DU QUEBEC (1981). Liste des membres. O.D.Q., Montréal.

PAGE, Robert G. (1970). The Three-Year-Medical Curriculum. Journal of the American Medical Association, Vol. 213, 1012-1015.

PARENT, Alphonse Mgr. (1963). Le Rapport Parent, Tome I. Les structures supérieures du système scolaire. Gouvernement du Québec.

PARKINSON, C. Northcote (1957). Parkinson's Law. Ballentine Books, New York.

PARSONS, Talcott (1939). The Professions and Social Forces. Social Forces, Vol. 17 (4), 457-467.

PARSONS, Talcott (1951). The Social System. Glencoe III: The Free Press.

PARSONS, T. et PLATT, G.M. (1975). The American University, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

PAVELA, Gary (1981). Cheating on the Campus: Who's really to Blame ? The Chronicle of Higher Education, Vol. 21 (22), mois de février.

PAYNTER, F.J. (1965). Dental Education in Canada. Queen's Printer.

PEPIN, J.-G. et LEVEILLE, J. (1979). Evaluation de l'impact des interventions éducatives sur les attitudes des futurs dentistes face à leur rôle comme agents de prévention. Rapport intérimaire. Faculté de médecine dentaire. Université de Montréal.

PERKINS, James A. (1973). The University as an Organization. McGraw-Hill Book Company. New York.

PERRY, Sir Walter (1978). Locked into an outdated philosophy of learning. The Chronicle of Higher Education, 27 novembre.

PINS, Arnulf M. (1971). Changes in Social Work Education and Their Implications for Practice. Social Work, Vol.16 (2), 5-15.

PINTO, David (1979). The Winds of Change. Dental Management. June 1979, 19-26.

PLAMONDON, Viger (1939). Raisons motivant sa résignation comme membre du Comité de Répression de la pratique illégale. Archives de la Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal.

POUPART, R. et TOULOUSE, J.M. (1974). Questionnaire sur les organisations de secteur de l'alimentation. Ecole des Hautes Etudes Commerciales de l'Université de Montréal.

PRESSAT, Roland (1973). Surmortalité biologique et surmortalité sociale. Revue française de sociologie, numéro spécial sur la sociologie médicale, 103-110.

QUARANTELLI, Enrico L. (1960). Attitudes of Dental Students toward Specialization and Research. American College of Dentists, Vol. 27, 101-107.

QUARANTELLI, Enrico L. (1961). The Dental Student Image of the Dentist-Patient Relationship. American Journal of Public Health, Vol. 51 (9), 1312-1319.

QUARANTELLI, Enrico L. (1961). Career Choice Patterns of Dental Students. Journal of Health and Human Behavior, Vol. 2, 126-132.

RAYNER, Jeannette F. (1973). Communication Between the Public and the Dental Profession. American Journal of Public Health, Vol. 63 (1), 21-32.

READER, William J. (1966). Professional Men, Weidenfeld and Nicholson, London, Angleterre.

REID, Angus E. (1976). From Student to Practitioner: The Early Careers of Canadian Dentists. Département de la médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université du Manitoba.

REVERE, Paul (1970). Dentistry and its Victims. St-Martin's Press

RICHARDS, M.E. et WILLCOCKS, A.J. (1966). The Level of Dental Hea the Field for Study. Dans McLachlan, G., Problems and Progress Medical Care. 311-338, Londres.

ROARK, Anne C. (1980). Medical Educators Fear Their Schools' Curri are Becoming Obsolete. The Chronicle of Higher Education. No ber 3.

ROCHER, Guy (1972). Talcott Parsons et la sociologie américa Presses universitaires de France.

ROCKART, J.F. et SCOTT MORTON, M.S. (1975). Computers and the Lea Process in Higher Education. McGraw-Hill Book Company.

ROEDIGER, Doug (1979). Legislative Influences on Dental Education the Profession. Journal of Dental Education. Vol. 43 499-502.

ROGERS, David E. (1979). Forces Affecting Dental Education. Journa Dental Education. Vol. 43 (9). 490-493.

ROUTHIER, Marcel (1979). Le certificat d'animation de la vie étudi Questionnaire de recherche. Faculté de l'éducation permanente Université de Montréal.

ROY, Lorenzo (1968). Un projet de réforme pour l'Université Presses de l'Université Laval.

SAINSAULIEU, R. (1977). L'identité du travail. Presses de la Fon nationale des sciences politiques.

SANDERS, I.T. et WARD, J.G. (1970). Bridges to Understanding. Hill Book Company. New York.

SARFATTI-LARSON, Magali (1977). The Rise of Professionalism: a logical Analysis. University of California Press. Berkeley.

SCHATTNER, Eileen Lesley (1981). Dentistry in the People's Repu China. Journal of the American Dental Association. Vol janvier. 14-19.

SCHEIN, Edgar H. (1971). Psychologie et organisations, Editions Hommes et techniques, Paris.

SCHEIN, Edgard H. (1972). Professional Education. McGraw-Hill Book Company, New York.

SCHOEN, M.H. (1976). Dental Education's Responsibility for Oral Health Status in the United States. Journal of Dental Education, Vol. 40, 519.

SCULLY, MALCOLM G. (1979). General Education: a Disaster Area. Carnegie panel seeks reforms in curriculum to produce coherent undergraduate programs. The Chronicle of Higher Education, Vol. XV (16), December 19.

SCULLY, Malcolm G. (1980). Carnegie Panel Says Enrollment Declines Will Create a 'New Academic Revolution'. The Chronicle of Higher Education, Vol. XIX (19), January 28.

SHERLOCK, Basil J. (1969). The Second Profession: Parallel Mobilities of the Dental Profession and its Recruits. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 10, 41-51.

SHERLOCK, Basil J. (1972). Becoming a Dentist. Charles C. Thomas. Springfield, Illinois.

SHUVAL, S.T. et SLATER, S.B. (1976). How social surveys were conducted. International Dental Journal, Vol. 26 (3), 307-313.

SIEGEL, S.E. et WALDMAN, H.B. (1980). Departments of Social Dentistry: An Update for the 1980's. Journal of Dental Education, Vol. 44 (8), 309-312.

SILVERMAN, David (1970). La Théorie des Organisations. Dunod, Paris.

SIMARD, Paul (1977). Conséquences de la politique gouvernementale sur les curriculums des facultés dentaires. Bulletin d'information de la Faculté de médecine dentaire, Vol. 3 (1), 26-28. Université de Montréal.

SMITH, Marilyn (1977). Sears Roebuck Dentistry. Like it or Not. Dental Management. October 1977, 32-43.

STANN,J.W. et al (1979). Principal Dental Health Indices for 13/14 Years Old Schoolchildren in Quebec. McGill University, Août, Montréal.

STEINBACH, H.A. et TURSKY, B. (1965). Ethnic Differences among Housewives in Psychophysical and Skin Potential Responses to Electric Shock. Psychophysiology. Vol. 1 (3), 241-246.

STEINBACH, H.A. et TURSKY, B. (1967). Further Physiological Correlates of Ethnic Differences in Responses to Shock. Psychophysiology. Vol. 4 (1), 67-74.

SWERSKY, Stanley J. (1978). The Future of Dentistry. Dental Clinics of North America. Vol. 42 (5), 251-256.

SYKES, Thomas H.B. (1975). Se connaître. Association des universités et collèges du Canada. Ottawa.

TOURAINE, Alain (1972). Université et société aux Etats-Unis. Editions du Seuil, Paris.

TREMBLAY, Arthur (1954). Les collèges et les écoles publiques: conflit ou coordination ? Les Presses universitaires Laval, Québec.

UNIVERSITE DE MONTREAL (1978). Les diplômés du département d'informatique. Rapport de recherche. Département d'informatique.

UNIVERSITE DE MONTREAL (1979). The Role of Universities in Dental Auxiliary Education. Document présenté à l'Association des facultés dentaires du Canada. Faculté de médecine dentaire, mois de mars, Montréal.

UNIVERSITE LAVAL (1978). Mémoire à la Commission d'étude sur les universités. Presses de l'Université Laval.

UTAS, Gil (1980). La Succession de la présidence. Editorial. Journal de l'Association dentaire canadienne. Vol.46 (8), août.

VAILLANCOURT, Alain (1981). Le modèle de formation dentaire est-il périmé ? Exposé présenté au Colloque de l'Ordre des dentistes du Québec, 12 juin, Montréal.

VALOIS, Monick (1980). L'évaluation formative en dentisterie préventive, mémoire de maîtrise, Ecole des gradués, Université Laval.

VILLEDIEU, Yanick (1976). Demain la santé, les dossiers de Québec Sciences, Québec.

VINTON, John C. (1978). A Four-Year Longitudinal Study of the Impact on Learning Structure on Dental Student Lifestyle Values. Journal of Dental Education, Vol. 42 (5), 251-256.

WATKINS, Beverly T. (1979). Continuing Education for Professionals. The Chronicle of Higher Education, September 4.

WATKINS, Beverly T. (1980). Move to Require Continuing Education for Professionals Appears to be Stalling. The Chronicle of Higher Education, Vol. XXI (13), November 17.

WICKENDEN, James W. (1980). How the SAT's Are Used and Sometimes Abused. The Chronicle of Higher Education, September 29.

WILENSKY, H.L. (1964). The Professionalization of Everyone. American Journal of Sociology, Vol. 70, 137-158.

WILLIAMS, Joe (1975). Annual Session Roundup: Speakers Address Issues, ADDA News, November, 2-3.

WILLIAMS, Williams H. (1976). America's First Hospital: The Pennsylvania Hospital, Haverford House Publishers, Pennsylvania.

WOLFLE, Dael (1972). The Home of Science. McGraw-Hill Book Company, New York.

WOODALL, Irene R. (1977). Leadership, Management, and Role Delineation: Issues for the Dental Team. The C.V. Mosby Company, Saint Louis.

YARNOFF, Jay M. (1979). Realistic Expectations for the New Dentist. American College of Dentists, Vol. 46 (3), 156-216.

ZOSKOWSKI, M. (1952). Cultural Components in Responses to Pain. Journal of Social Issues, Vol. 8, 16-30.

ZOSKOWSKI, M. (1969). People in Pain. Jossey-Bass Inc. San Francisco.

[redacted]

TH002